

ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมาน
ในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก

**The Effect of Information and Family Support on Suffering Reduction
in Patients with Oral Endotracheal Tube**

อรุณี ศรีนวล

Arunee Srinaul

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลด
ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คอท้อช่วยหายใจทางปาก

ผู้เขียน นางสาวอรุณี ศรีนวล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์(การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....

.....กรรมการ

(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)

(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพตินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นางสาวอรุณี ศรีนวล)
นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวอรุณี ศรีนวล)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลด
ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก

ผู้เขียน นางสาวอรุณี ศรีนวล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปีการศึกษา 2555

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก โดยใช้แนวคิดการควบคุมตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลาและคาท่อช่วยหายใจทางปากระหว่างเดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 50 ราย โดยผู้ป่วย 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและ 25 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30-40 นาที เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ และสาเหตุของการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการพยาบาลผู้ป่วยเรื่องการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก คู่มือการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามความทุกข์ทรมาน ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความทุกข์ทรมาน โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติอ้างอิงเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง (ไค-สแควร์, การแจกแจงแบบที และ สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ)

ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนความทุกข์ทรมานหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 41.13$, $p < .01$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังได้รับข้อมูล

ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวครั้งที่ 1, 2 และครั้งที่ 3 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2. คะแนนความทุกข์ทรมานในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=11.64, p < .01$) โดยพบว่า ความทุกข์ทรมานในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวในช่วง 3 วันต่อกัน มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวช่วยลดความรู้สึกรู้สึกความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก

Thesis Title	The Effect of Information and Family Support on Suffering Reduction in Patients with Oral Endotracheal Tube
Author	Miss Arunee Srinaul
Major Program	Nursing Science
Academic Year	2012

ABSTRACT

This quasi experimental research aimed to study the effect of information and family support on suffering reduction in patients with oral endotracheal tube. The self-regulation model was adopted as the conceptual framework for the research. Purposive sampling was used to select patients who were hospitalized and intubated with oral endotracheal tube in Songkhla hospital from May to August 2012. A total of 50 patients were included in the study. The first 25 patients were assigned to the control group who received usual care and the other 25 patients were assigned to the experimental group who received information and family support intervention twice a day, each time for 30 - 40 minutes on 3 consecutive days. The two groups were similar in gender, age, duration of intubation and cause of receiving oral endotracheal tube. The research instruments included: a nursing care plan for providing patients's information on family support on reduction in patients with oral endotracheal tube, and a manual for family support. The A questionnaire was used to collect demographic data from patients and family members and a suffering questionnaire was also employed. All study instruments used content validity, which was assessed by 5 experts, and the reliability was evaluated using Cronbach's alpha coefficient, which yielded a value of 0.84. The data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics to compare the difference (chi-square, independent t-test and one-way repeated measures ANOVA).

The results of the study were as follows: (1) In the experimental group, the mean score of suffering after receiving the intervention was significantly lower than before ($F = 41.13$, $p < .01$). Pair-wise comparisons showed the mean score of suffering after receiving information and family support post-test day 1, 2 and 3 was significantly lower than before. (2) The mean

score of suffering after receiving information and family support for the experimental group was significantly lower than those in the control group ($F=11.64$, $p < .01$). Pair-wise comparisons showed the mean score of suffering in the experimental group post-test on 3 consecutive days was also significantly lower than those in the control group ($p < .01$).

This study showed that giving information and family support continuously in patients with oral endotracheal tube could reduce suffering in patients fitted with an oral endotracheal tube. Therefore, this intervention should be incorporated into nursing practice in order to reduce suffering of patients with an oral endotracheal tube.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณา และการช่วยเหลือที่ดียิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์และที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ แก้ไข ข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมถึงคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์และป้องกันวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ให้ข้อชี้แนะที่ดีเสมอมา รวมทั้งกำลังใจที่มีให้ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความ กรุณาจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์ เพื่อนำไปแก้ไข ปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา เพื่อนักศึกษาปริญญาโทปีการศึกษา 2553 ที่ให้ความช่วยเหลือจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอบพระคุณ โรงพยาบาลสงขลา รวมทั้งขอบคุณผู้ป่วยและบุคลากรในหน่วยงาน ห้องผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายของโรงพยาบาลสงขลาที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยนี้

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ชาย น้องสาวและหลานสาวอันเป็นที่รักที่ คอยห่วงใย เป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมาจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

อรุณี ศรีนวล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	9
ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก.....	10
แนวคิดการควบคุมตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก.....	33
ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก.....	49
ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก.....	52
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	62
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	69
ผลการวิจัย.....	69
การอภิปรายผล.....	87
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	104
สรุปผลการวิจัย.....	104
ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้.....	105
บรรณานุกรม.....	107
ภาคผนวก.....	118
ก การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	119
ข การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ.....	120
ค ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	121
ง การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	123
จ ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	131
ฉ สำเนาเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม.....	133
ช เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	136
ซ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	140
ฌ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	141
ประวัติผู้เขียน.....	142

รายการตาราง

ตาราง	หน้า	
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=50).....	70
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=50).....	74
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกความรู้สึกทุกข์ทรมานในแต่ละวัน.....	77
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมจำแนกความรู้สึกทุกข์ทรมานในแต่ละวัน.....	78
5	จำนวนครั้งและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม (N = 50).....	80
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความทุกข์ทรมานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=50)	82
7	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลองในแต่ละช่วงเวลา โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (N = 50).....	84
8	เปรียบเทียบรายคู่ทุกคู่ของค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Bonferroni.....	85
9	เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	86
10	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในระยะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) (N = 50).....	87

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2	กระบวนการควบคุมตนเองของจอห์นสัน (Johnson, 1999).....	35
3	แสดงรายละเอียดขั้นตอนในการทดลอง.....	68
4	กราฟแสดงเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาทอช่วยหายใจทางปาก ในแต่ละช่วงเวลาของการวัดในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม.....	83

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหายใจล้มเหลวถือเป็นภาวะวิกฤตที่พยาบาลจะต้องให้การดูแลระบบการหายใจเป็นลำดับแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ (อมรรัตน์, 2549) ซึ่งนับเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิต (Finucane & Santora, 2003) แต่เสี่ยงสะท้อนจากผู้ป่วยกลับเป็นความรู้สึกที่ทุกข์ทรมาน (ภัทรพร, 2543; อมรรัตน์, 2549; อรนิภา, 2554; Johnson & Sexton, 1990) และแนวโน้มของรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจมีมากขึ้น ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่า หน่วยงานห้องผู้ป่วยหนักได้รับผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจไว้ในความดูแลคิดเป็นร้อยละ 83.77, 83.95 และ 84.42 ตามลำดับ (ข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา 2553-2555)

แม้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจจะช่วยลดภาวะคุกคามชีวิต แต่ยังมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เนื่องจากท่อช่วยหายใจมีลักษณะแข็ง เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ (Johnson & Sexton, 1990) มีการเสียดสีระหว่างท่อช่วยหายใจ กับเยื่อภายในช่องปากทำให้เกิดบาดแผลภายในช่องปากได้ง่าย (Divatia & Bhowmick, 2005) อีกทั้งการคาท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน และความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ (cuff pressure) ที่มากเกินไปยังมีผลต่อการบาดเจ็บของผนังหลอดลม (ธันต์ชนก, 2552) จากการศึกษาของจอห์นสันและเซ็กซ์ตัน (Johnson & Sexton, 1990) เกี่ยวกับการรับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าร้อยละ 86 ของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจรับรู้ถึงความทุกข์ทรมาน คือ ความเจ็บปวด และไม่สุขสบายจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2536) เกี่ยวกับระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 110 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานมากกว่า 5 วัน จะมีความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจน้อยกว่า 5 วันและจากการศึกษาของภัทรพร (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ว่า เป็นสิ่งที่ช่วยให้รอดพ้นจากความตาย แต่ในขณะเดียวกันก็รับรู้ได้ถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน

ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยคาท่อช่วยหายใจทางปาก ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (ลัพณา, 2552; อมรรัตน์, 2549) ด้านร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอจากการคาท่อช่วยหายใจ และจากการดูดเสมหะ บางครั้งแน่นอึดอัดหายใจไม่ออกเนื่องจากมีเสมหะมากเหนียวและไม่มีแรงขับออก พุดไม่มีเสียง มีอาการหิวกระหายน้ำ ปวดเมื่อยลำตัว ส่งผลให้นอนไม่หลับ (อมรรัตน์, 2549; อรนิภา, สุภาภรณ์ และอาภรณ์, 2554) สำหรับผลกระทบทางด้านจิตใจในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก ส่วนใหญ่เป็นผลกระทบที่ต่อเนื่องมาจากความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว เครียด วิตกกังวล ทุกข์ทรมาน (Johnson, John, & Moyle, 2006) ความคับข้องใจในการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต โดดเดี่ยวขาดกำลังใจจากครอบครัว และรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จนกลายเป็นความทุกข์ทรมานที่ติดอยู่ในใจ ถึงแม้จะเอาท่อช่วยหายใจออกแล้วก็ตาม (Russell, 1999) ซึ่งเป็นการรับรู้ที่ยังคงเกิดขึ้นแม้ว่าผู้ป่วยจะออกจากห้องผู้ป่วยหนักไปแล้วเป็นเวลา 2 เดือนก็ตาม (Samuelson, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก พบว่าพยาบาลต้องบูรณาการรูปแบบการพยาบาลหลายๆอย่างด้วยกัน ได้แก่ ใช้วิธิตักษณการผ่อนคลาย (ประไพ และกัญญารัตน์, 2542) การนวดแผนไทยประยุกต์ (อมรรัตน์, ชวนพิศ, พรธงาม, และวราลักษณ์, 2549) ดนตรีบำบัด (อรพรรณ, สมพันธ์, ศากุล และอุษาวดี, 2551) งานวิจัยทั้ง 3 เรื่องนี้มุ่งเน้นในเรื่องการเบี่ยงเบนความสนใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความทุกข์ทรมาน แต่การนำเทคนิคต่างๆ เหล่านี้ไปใช้ได้ต้องมีความชำนาญเฉพาะด้านจึงต้องใช้เวลาในการฝึกฝนให้เกิดความเชี่ยวชาญก่อนนำไปปฏิบัติจริง และงานวิจัยระหว่างปี พ.ศ. 2545-2548 อีก 2 เรื่อง ใช้วิธีการให้ข้อมูลในลักษณะการสอนแนะต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมาน (ศิริจันทร์, 2547) เน้นพัฒนาความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม โดยคำนึงถึงประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถเดิมของผู้ป่วย และการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (เกศินี, เพชรไสว, พรธงาม, และสุมน, 2548) โดยเน้นการสอนให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสถานการณ์จริงที่อาจต้องเผชิญก่อนที่จะพบกับสถานการณ์จริงเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการกับความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้นจริง

การลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน โดยการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรูปธรรม และมีความชัดเจนให้แก่ผู้ป่วย นับเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ นำไปสู่การลดความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation theory) ของจอห์นสัน (Johnson, 1999) อธิบายว่าการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลจะเกิดการประมวลข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในบูรณา

การเข้ากับข้อมูลเดิมที่เก็บไว้ในความทรงจำ กลายเป็นแบบแผนความคิดความเข้าใจ และใช้แบบแผนดังกล่าวในการควบคุมการตอบสนองทางด้านร่างกาย และจิตใจโดยการแสดงออกทางพฤติกรรมเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามได้ ส่งผลให้มีการตอบสนองทางจิตใจไม่รุนแรง ความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง (Leventhal & Johnson, 1983; Johnson, 1999)

การคาต่อช่วยหายใจจัดเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามเนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อนจึงทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลค่อนข้างรุนแรง โดยแปลความหมายของเหตุการณ์ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) ที่มีอยู่เดิมซึ่งอาจไม่ถูกต้อง แต่หากบุคคลได้รับข้อมูลหรือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ ทำให้แปลความหมายของเหตุการณ์ได้ถูกต้องทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นในการควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคาม ส่งผลให้มีการตอบสนองทางจิตใจไม่รุนแรงลดความรู้สึกทุกข์ทรมานลง (Leventhal & Johnson, 1983; Johnson, 1999)

นอกจากนี้การส่งเสริมการควบคุมตนเองด้านอารมณ์จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวขณะนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าแรงสนับสนุนของครอบครัวช่วยลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยได้ โดยการศึกษาเชิงคุณภาพของอมรรัตน์ (2549) เกี่ยวกับประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่คาต่อช่วยหายใจ พบว่าแรงสนับสนุนของครอบครัว โดยเฉพาะในการให้กำลังใจ ปลอบใจ การประคับประคอง และการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเชิงคุณภาพของอรุณีภา, สุภาภรณ์ และอาภรณ์ (2554) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่าการที่สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณที่เกิดจากความรู้สึกกลัวความโดดเดี่ยวได้

การศึกษาความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 80 ราย พบว่าความต้องการมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ ต้องการด้านความรักและสัมพันธ์ภาพจากครอบครัว ได้แก่ ต้องการอยู่กับครอบครัว ต้องการรู้ว่าครอบครัวอยู่ที่ไหน และต้องการทราบว่าครอบครัวจะกลับมาเยี่ยมได้อีกเมื่อไร (Lin, Chou & Yeh, 2009) ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวต่างมีความต้องการดูแลผู้ป่วยด้วยกันกันจากการศึกษาของรุจี (2550) พบว่าสมาชิกในครอบครัวปรารถนาจะปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมากกว่าที่สมาชิกในครอบครัวได้ปฏิบัติจริง ในขณะที่พยาบาลร้อยละ 82.86 ให้สมาชิกในครอบครัวได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ในระดับปานกลาง พยาบาลร้อยละ 68.57 มีความปรารถนาจะให้สมาชิกในครอบครัวได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม โดยเฉพาะด้านจิตสังคม

ในการส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล แต่ในความเป็นจริงการดูแลในลักษณะดังกล่าวยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก เช่นเดียวกับการศึกษาของกิตติกร, วราภรณ์, สิริินทร์, ยูพา และศรีวรรณ (2548) พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญในการให้พยาบาลด้านจิตสังคม แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลด้านนี้ได้อย่างเต็มที่ อันเนื่องมาจากภาระงานประจำที่มีมาก วัฒนธรรมการทำงานและธรรมเนียมปฏิบัติที่มุ่งเน้นความสำเร็จของงานประจำให้ทันเวลาและเน้นงานที่ต้องอาศัยทักษะมากกว่าการใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วย การบริหารจัดการของหอผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพยาบาลด้านจิตสังคม รวมทั้งการที่พยาบาลไม่มีความรู้และความมั่นใจเพียงพอต่อการพยาบาลด้านนี้ อีกทั้งการที่พยาบาลมุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยมากกว่าครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยขาดข้อมูลที่เป็นจริงหรือได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (Washington, 2001) ทำให้ความต้องการของผู้ป่วยในด้านการสนับสนุนของครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงรู้สึกทุกข์ทรมาน

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจนำวิธีการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวมาแก้ปัญหาเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานก่อนและหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มทดลองที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวหรือไม่
2. คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำกว่าก่อนการได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว
2. คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

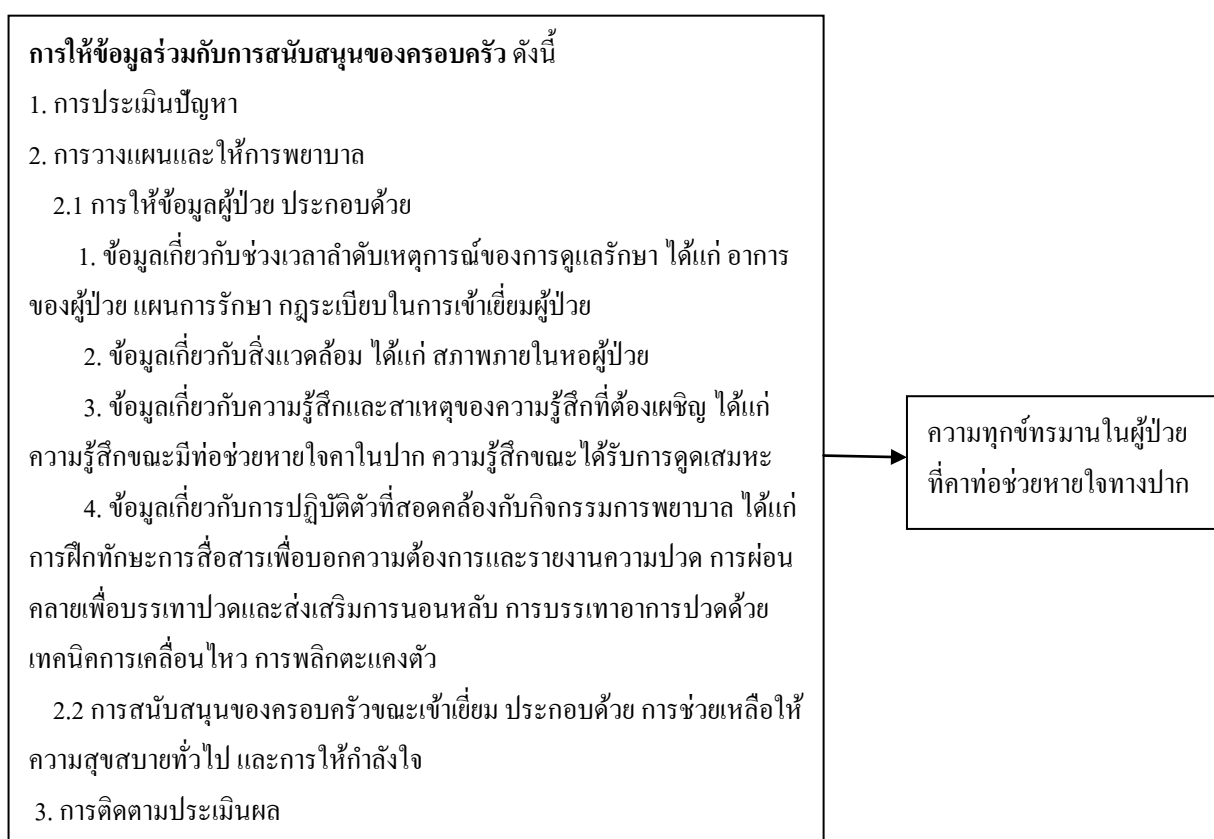
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการควบคุมตนเอง (self-regulation model) ของจอห์นสัน (Johnson, 1999) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการตอบสนองของมนุษย์ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม หรือก่อให้เกิดความตึงเครียดต่อร่างกายและจิตใจ โดยมีกระบวนการควบคุมตนเองใน 2 ลักษณะ ที่เกิดขึ้นควบคู่กันในรูปแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน โดยลักษณะแรกเป็นการควบคุมตนเองในการตอบสนองด้านหน้าที่ (regulation of functional responses) จะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ความเป็นจริงจากข้อมูลที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน (concrete-objective information) ทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ และการแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ตามความเป็นจริง โดยไม่มีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง และแสดงออกทางพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์ เมื่อบุคคลพึงพอใจกับการตอบสนองด้านหน้าที่ ก็จะส่งผลให้มีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ส่วนลักษณะที่ 2 เป็นการควบคุมตนเองในการตอบสนองด้านอารมณ์ (regulation of emotional responses) จะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ความเป็นจริงจากข้อมูลที่มีลักษณะเป็นนามธรรม (subjective information) ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีอารมณ์ความรู้สึกส่วนตัวของบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้มีการแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ส่งผลให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เช่น มีความรู้สึกทุกข์ทรมาน

แม้ว่าบุคคลจะใช้กระบวนการควบคุมตนเองทั้ง 2 ลักษณะในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม แต่บุคคลสามารถเลือกสนใจในแนวทางใดแนวทางหนึ่งมากกว่า หรืออาจกลับไปมาระหว่าง 2 ลักษณะ ดังนั้นหากบุคคลสนใจการรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์จากข้อมูลที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนมาก ก็จะสนใจลักษณะเป็นนามธรรมของสถานการณ์น้อยลง ทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์น้อยลง (Johnson, 1999) ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง

ผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้ได้รับการคาท้อช่วยหายใจทางปากเป็นครั้งแรก ถือเป็นสถานการณ์วิกฤตที่คุกคามตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ได้รับการคาท้อช่วยหายใจทางปากส่วนใหญ่จะ

เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (ภัทรพร, 2543; อมรัตน์, 2549 และอรนิภา, สุภาภรณ์ และอาภรณ์, 2554) และเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์การดูแลรักษาและลักษณะสภาพแวดล้อม ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก และสาเหตุของความรู้สึกที่ต้องเผชิญ และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และการแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ตามความเป็นจริง สามารถเผชิญกับสถานการณ์ และแสดงออกทางพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงของอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการเจ็บปวด ส่งผลให้มีอารมณ์ความรู้สึกที่ สุขสบาย ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเข้า เยี่ยม โดยการช่วยเหลือให้มีความสุขสบายทั่วไป และการให้กำลังใจ การมีญาติคอยอยู่ดูแลเมื่อผู้ป่วย ที่อยู่ในภาวะวิกฤต ส่งผลให้ผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบาย มีสีหน้าที่แจ่มใส มีกำลังใจ ให้ความ ร่วมมือในการพยาบาล (พิกุล, 2549) จึงกล่าวได้ว่าการสนับสนุนของครอบครัว สามารถช่วยเพิ่ม ทักษะในการปรับตัวเผชิญกับประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้จึง เลือกรูปแบบการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้และพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน รวมทั้งใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการให้ พยาบาลเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานดังกล่าว ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์

1. การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโดยผู้วิจัย ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนของครอบครัว วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30-40 นาทีเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน โดยมีขั้นตอนของกิจกรรมประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหา 2) การวางแผนและการพยาบาล และ 3) การติดตามประเมินผลการพยาบาล

การให้ข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับช่วงเวลาดำเนินการของการดูแลรักษา 2) ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะสภาพแวดล้อม 3) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและสาเหตุของความรู้สึกที่ต้องเผชิญและ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาล

การให้ข้อมูลสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับช่วงเวลาดำเนินการการดูแลรักษา 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและสาเหตุของความรู้สึกที่ต้องเผชิญและ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยม

การสนับสนุนของครอบครัว ประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับความสบายทั่วไป และการสนับสนุนด้านกำลังใจ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย และคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

2. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลโดยทั่วไปสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาดหวังหายใจทางปากของหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยพยาบาลประจำการเป็นผู้ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลทางเดินหายใจให้โล่งตามมาตรฐานการดูแลหาคอ หลอดให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลเกี่ยวกับความสบายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้การดูแลช่วยเหลือในการติดต่อสื่อสาร รวมถึงการให้ข้อมูลต่างๆ ขณะคาดหวังหายใจทางปาก ซึ่งเป็นการให้กิจกรรมการพยาบาลตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคลโดยไม่มีรูปแบบที่กำหนดไว้แน่นอน

3. ความทุกข์ทรมาน หมายถึง การรับรู้ถึงอารมณ์ และความรู้สึกที่ไม่สบายที่เป็นผลจากภาวะที่ถูกคุกคามจากความเจ็บปวด และไม่สบายจากการใส่และคาดหวังหายใจ โดยประเมินความทุกข์ทรมานด้วยแบบสอบถามความทุกข์ทรมานที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจของเกสลินี (2547) ภายใต้กรอบแนวคิดการควบคุมตนเอง (self-regulation)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน วัตถุประสงค์และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หรือหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2555 ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวเพิ่มจากการพยาบาลตามปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจทางปากลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน และครอบครัวของผู้ป่วยมีแนวทางปฏิบัติขณะเข้าเยี่ยมจากคู่มือเรื่องการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก
2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลภายใต้บทบาทอิสระอย่างผสมผสานแบบองค์รวมในการลดความรู้สึกทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสู่กลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก

บทที่ 2

เอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาดำเนินเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก
 - 1.1 ความหมายของความทุกข์ทรมาน
 - 1.2 สาเหตุของความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก
 - 1.3 ผลกระทบของความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก
 - 1.4 การจัดการกับความทุกข์ทรมาน
 - 1.5 การประเมินความทุกข์ทรมาน
2. แนวคิดการควบคุมตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก
 - 2.1 แนวคิดการควบคุมตนเอง
 - 2.2 การควบคุมตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมาน
 - 2.3 การส่งเสริมการควบคุมตนเองโดยการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว
3. ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก
4. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก

1. ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท้อช่วยหายใจทางปาก

1.1 ความหมายของความทุกข์ทรมาน

ความทุกข์ทรมาน (suffering) หมายถึง ความรู้สึกที่สามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองถึงความไม่สบายอย่างมาก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งด้านร่างกายได้แก่ ความไม่สบายจากความปวด การหายใจลำบาก นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การขับถ่ายผิดปกติ และด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า คับข้องใจ (McCorkle & Young, 1978 อ้างตามเกสสินี, 2547) เป็นสภาวะที่ร่างกายถูกคุกคามจากสิ่งที่ไม่ต้องการ ทำให้ร่างกายมีการตอบสนองทางชีวภาพในลักษณะของความผิดปกติทางร่างกาย และจิตใจ (Johnson, 1989) ส่วนลีด-พอนท์ (Reid-Ponte, 1992) นักสังคมวิทยา กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานเป็นผลมาจากอารมณ์ด้านลบ เป็นความเครียด เป็นปัญหาส่วนบุคคล สังคม และเป็นส่วนประกอบของความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล เริ่มมาจากความรู้สึกไม่สบายทางอารมณ์ และหรือความไม่สบายทางด้านร่างกาย แต่มอส และคาเตอร์ (Morse & Carter, 1995) กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานเป็นมากกว่าความปวดทางด้านร่างกาย แต่เป็นอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากการรู้สึกผิด ความล้าชวย การถูกปฏิเสธ หรือการสูญเสียซึ่งไรท์ (Wright, 2005) กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานเป็นความเจ็บปวดทางอารมณ์ ร่างกาย หรือจิตวิญญาณ เป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่เป็นอัตนัย เป็นผลจากการตอบสนองของมนุษย์ที่ซับซ้อนประกอบด้วยร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ การรับรู้ของความทุกข์ทรมานก่อให้เกิดพฤติกรรมในทางลบ เช่น การเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก มีคุณค่า การรับรู้ความจริง การยอมแพ้ ความรู้สึกของความไร้อำนาจและความสิ้นหวัง (Liu, Hsieh, & Chin, 2007) ความทุกข์ทรมานอาจจะแสดงโดยลักษณะการแสดงออกทางสีหน้า โทนเสียง และการแสดงออกทางร่างกายอื่น ๆ (Carnevale, 2009) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย หรือการที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตในการเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กิตติกร, 2555)

สำหรับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจทางปาก จอห์นสันและเซ็กซ์ตัน (Johnson & Sexton, 1990) พบว่า ความทุกข์ทรมานในลักษณะดังกล่าว คือ ความเจ็บปวด และไม่สบายจากการใส่และคาท้อช่วยหายใจ ซึ่งสุพัตรา (2536) ได้ให้คำจำกัดของความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกไม่สบายที่เกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากถูกคุกคาม หรือการเผชิญกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดโทษ และไม่พึงปรารถนา เช่น ความเจ็บปวด การนอนไม่หลับ ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโกรธ ความรู้สึกถูกบีบบังคับ อึดอัด คับข้องใจ เป็นต้น ส่วนศิริจันทร์

(2547) ให้คำจำกัดของความทุกข์ทรมาน เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจที่สามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเอง เกิดจากการเผชิญกับสิ่งเร้าที่ไม่พึงปรารถนา ได้แก่ ความเจ็บปวด ความคับข้องใจจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ การรบกวนการนอนหลับ ความวิตกกังวล และความไม่สุขสบายจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และในการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายที่มาจากอาการแสดงทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หัวกระหายน้ำ และอาการแสดงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ คับข้องใจ เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากพบว่าผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานและระดับของความทุกข์ทรมานที่ได้รับ เช่นการศึกษาของจอห์นสันและเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990) ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 14 ราย พบว่า การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความทุกข์ทรมาน และจากการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก และคาท่อช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง จำนวน 75 ราย พบว่า ร้อยละ 68 ของผู้ป่วยยังคงจดจำรับรู้ถึงความปวดทุกข์ทรมาน โดยผู้ป่วยร้อยละ 82.3 ยังจดจำรับรู้ถึงความปวดทุกข์ทรมานอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และมีระดับคะแนนความปวดทุกข์ทรมาน เฉลี่ยอยู่ในช่วง 5-8 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (Rotondi, Chelluri, Sirio, Mendelsohn, Schulz, & Belle, et al., 2002) ส่วนสุพัตรา (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 110 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก ระยะเวลา นานมากกว่า 5 วัน จะมีความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจน้อยกว่า 5 วัน เช่นเดียวกับศิริจันทร์ (2547) พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีความทุกข์ทรมานในระดับมาก ส่วนการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2551) ในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจเป็นเวลานานอย่างน้อย 14 วัน พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต เช่น “เจ็บปวดทรมานปานจะขาดใจ”

สรุปได้ว่า ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก หมายถึง การรับรู้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่สุขสบายที่สามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองถึงภาวะที่ถูกคุกคามจากความเจ็บปวดและไม่สุขสบายจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บจากการคาท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ และการดึงรั้ง การนอนไม่หลับ การหัวกระหายน้ำ และด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ได้แก่ ความคับข้องใจที่สื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ สูญเสียพลังอำนาจ ความไม่แน่นอน กลัว วิตกกังวล โดดเดี่ยว ขาดกำลังใจจากครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก

1.2 สาเหตุของความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก

ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ-จิตวิญญาณ เนื่องมาจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย และเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ส่งผลต่อการรับรู้และการแปลความความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงลบ จากสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาคุกคามและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยสาเหตุของความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการแปลความหมายของสถานการณ์ที่ได้เผชิญขณะได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจทางปาก จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้แบ่งสาเหตุของความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากออกเป็น ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ดังนี้

สาเหตุของความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย

เป็นผลมาจากความล้มเหลวในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากด้านร่างกายที่พบบ่อยมี 5 ประการ ได้แก่ 1) ความทุกข์ทรมานจากความปวด 2) การหายใจไม่เพียงพอเนื่องจากมีเสมหะ 3) ความไม่สุขสบายที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 4) การนอนไม่หลับและ 5) ความหิวและกระหายน้ำ

1. ความทุกข์ทรมานที่มีสาเหตุมาจากความปวด ประกอบด้วยดังนี้

1.1 การใส่และคาท่อช่วยหายใจ จากการศึกษาของจอห์นสันและเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990) เกี่ยวกับการรับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าร้อยละ 86 ของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจรับรู้ว่าความทุกข์ทรมานเกิดจากความเจ็บปวดและไม่สุขสบายจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ และเลอร์, ซานส์, โลฟส์, ดีลแมน, กริทเซน และชเวฟลิง (Leur, Schans, Loef, Deelman, Geertzen, & Zwaveling, 2005) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ อยู่ในหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก มากกว่า 24 ชั่วโมง จำนวน 66 ราย พบว่าสาเหตุของความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมาจากการคาท่อช่วยหายใจ ซึ่งท่อช่วยหายใจมีลักษณะแข็ง ก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ (Johnson & Sexton, 1990) รวมทั้งภายในช่องปากมีการเสียดสีระหว่างท่อช่วยหายใจกับเยื่อภายในช่องปาก ทำให้เกิดการแผลในช่องปาก (Divatia & Bhowmick, 2005) ส่วนแรงดันในลูกโป่งของท่อช่วยหายใจยังมีผลต่อการทำให้เนื้อเยื่อหลอดลมบาดเจ็บและเกิดการเจ็บคอได้ (Grap, Blecha & Munro, 2002; Divatia & Bhowmick, 2005; Radu, Miled, Marret, Vigneau & Bonnet, 2008) อีกทั้งการได้รับการดูแลเสมหะที่รุนแรงจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลม (Arroyo-Novoa et al., 2008) จากการศึกษาของเนื้อเยื่อ ทำให้มีการหลั่งสารก่อความปวดได้แก่ โพแทสเซียม (potassium) ซับสแตนที (substance P) แบริดีไคนิน (bradykinin) โพรสตาแกรนดิน (prostaglandin) ซีโรโตนิน (serotonin)

ฮิสตามีน (histamine) และอื่นๆ ในบริเวณที่มีการบาดเจ็บ ไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึก (nociceptors) จนเกิดการเปลี่ยนแปลงความต่างศักย์กลายเป็นกระแสความรู้สึกที่ถูกส่งต่อไปยัง เส้นใยประสาทขนาดเล็ก (small fibers) ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของซัสแตนต์เทียเจลาดีโนซา (Substantiadelationsa; SG cell) ทำให้มีการส่งกระแสประสาทนำความเจ็บปวดที่เซลล์ประสาทส่งต่อ (T cell) ในไขสันหลัง มีผลให้เกิดการเปิดประตู ส่งต่อไปยังสมอง เกิดการรับรู้ถึงความปวด บริเวณที่ปวดมีตั้งแต่ในช่องปาก มุมปาก (ศิริจันทร์, 2547; วรรดี, สุนุตตรา, พัชรียา และศิวศักดิ์, 2549) ในคอ เพดาน โคนลิ้น (อมรรัตน์, 2549) เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) นั่นคือ เป็นอาการปวดที่เพิ่งเกิดขึ้น (recent onset) มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการบาดเจ็บ จากระยะเวลาของการเจ็บปวดที่จำกัด มักมีอาการเจ็บปวดอยู่ไม่นานไม่เกิน 6 เดือน หลังเอาท่อช่วยหายใจออก (ศศิกันต์, 2552; สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) และจากการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) พบว่าระยะเวลาของอาการเจ็บคอภายหลังถอดท่อช่วยหายใจออกมีตั้งแต่ 1 ถึง 9 วัน เฉลี่ย 3.3 วัน

ความปวดทุกข์ทรมานจากการคาท่อช่วยหายใจอาจมีหลายลักษณะขึ้นกับการรับรู้ และการตอบสนองต่อความปวด ซึ่งมีปัจจัยทางด้านจิตใจ และอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังการศึกษาของวรรณภรณ์ (2544) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนให้ทราบถึง ความรำคาญจากความปวดที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจ ตัวอย่างเช่น “เจ็บในคอคล้ายสาย (ท่อช่วยหายใจ) ไปที่มคอ กลืนน้ำลายมันเจ็บ เจ็บมากเหลือเกิน คล้ายมีแผลในคอ” และมีความปวดทรมานจากการใส่สายดูดเสมหะ แรงดูด และแรงกระแทกของสายดูด เช่น “บางครั้งดูดเนื้อข้างในที่ไม่ใช่เสมหะ ทำให้เจ็บ สุดทรมาน กลัวมาก ไม่อยากให้ดูดเลย” “บางคนใส่สายกระแทก มันเจ็บทรมาน” และ“เจ็บร้าวไปหมด” เช่นเดียวกับการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) เกี่ยวกับประสบการณ์ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ดังกล่าวว่า “เจ็บเหมือนกับลวดเข้าไปแทง หรือหนามเข้าไปหักคาอยู่อย่างนั้น” “เจ็บแบบจี้ๆ แสบๆ แห้งๆ แปรลๆ” “รู้สึกเจ็บคอแท้ ก็บอกวาใส่ให้มันทรมานแท้” หรือในการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2551) ในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจเป็นเวลานานอย่างน้อย 14 วัน พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต เช่น “เจ็บปวดทรมานปานจะขาดใจ” หรือ “เจ็บแทบตาย” (อรนิภา สุภาภรณ์ และอาภรณ์, 2554)

เมื่อประเมินระดับความรุนแรงความปวดจากการคาท่อช่วยหายใจจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินระดับความรุนแรงอยู่ในระดับมากที่สุดในชีวิต โดยให้ 80 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน บางรายให้คะแนน 10 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ระยะเวลาในการปวดแต่ละครั้งนานเป็นชั่วโมงหรือปวดติดต่อกันไม่หาย (อมรรัตน์, 2549) และจากการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก และคาท่อช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง จำนวน 75 ราย พบว่า ร้อยละ 68 ของผู้ป่วยยังคงจดจำรับรู้ถึงความปวดทุกข์ทรมาน โดยผู้ป่วยร้อยละ 82.3 ที่

ยังจดจำรับรู้ถึงความปวดทุกข์ทรมานอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และมีระดับคะแนนความปวดทุกข์ทรมาน เฉลี่ยอยู่ในช่วง 5-8 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (Rotondi, Chellnri, Sirio, Mendelsohn, Schulz, & Belle, et al. (2002)

1.2 ลักษณะของการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย ดังนี้

1.2.1 ตำแหน่งที่สัมผัสกับท่อช่วยหายใจ จากการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) พบว่าอาการเจ็บคอและตำแหน่งที่รับรู้ว่ามีอาการเจ็บคอเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บคอ และผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ระดับความรุนแรงในความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจ อยู่ในระดับมาก มากที่สุดในชีวิต นั่นคือเมื่อให้ระดับความปวด 0-10 ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า มีความรู้สึกปวดถึง 10 คะแนน ซึ่งลักษณะของการเจ็บปวดเป็นแบบจี้ๆ แสบๆ เจ็บเหมือนโดนหนามหรือก้างปลาที่แทงจากการศึกษาของเกรพ, บลีชา, และมันโร (Grap, Blecha & Munro, 2002) พบว่าตำแหน่งที่ท่อช่วยหายใจสัมผัส ได้แก่ คอหอย กล่องเสียง และบริเวณกล้ามเนื้อหลอดลมคอ เป็นบริเวณที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเจ็บปวดไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจ การลดความรู้สึกเจ็บปวดไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจ คือการลดการเคลื่อนไหวของท่อช่วยหายใจ และจากการศึกษาของศิริจันทร์ (2547) พบว่า ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 26.67 รับรู้ถึงความเจ็บปวดบริเวณมุมปากจากการที่ท่อช่วยหายใจดึงรั้งขณะเคลื่อนไหว

1.2.2 ขนาดของท่อช่วยหายใจ ที่มีขนาดเล็กกว่าสามารถช่วยลดอาการเจ็บคอและความรู้สึกไม่สบายได้ดีกว่าขนาดท่อช่วยหายใจที่มีขนาดใหญ่ (Chen, Tzeng, Lu, Liu, Chen, Hsu & Wang, 2004; Biro, Seifert & Pasch, 2005) และจากการศึกษาขนาดของท่อช่วยหายใจและอาการเจ็บคอหลังจากผ่าตัด: การศึกษาแบบสุ่มควบคุม ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 100 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7 และเบอร์ 6 ผลการศึกษา พบว่า การใช้ขนาดของท่อช่วยหายใจที่เล็กกว่าสามารถบรรเทาอาการเจ็บคอและความรู้สึกไม่สบายในผู้ป่วยหญิงที่หน่วยบริการหลังการระงับความรู้สึกแล้วถอดท่อช่วยหายใจได้ใน 24 ชั่วโมงแรก สรุปได้ว่าใช้ท่อช่วยหายใจของขนาด 6.0 แทน 7.0 ในสตรีลดอาการเจ็บคอรวมทั้งความรู้สึกไม่สบายจากอาการเจ็บคอในการฟื้นตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jaensson, Olowsson & Nilsson, 2010)

1.2.3 ความดันในลูกโป่ง (pressure cuff) หลอดลมอาจถูกทำลายจากลูกโป่ง (cuff) ของท่อช่วยหายใจ การใส่ลมหรือความดันในลูกโป่ง มากกว่า 30 เซนติเมตรน้ำ จะทำให้หลอดลมถูกทำลาย (วิจิตร และอรุณี, 2553) โดยความดันในลูกโป่งที่สูงจะกดทับบริเวณเนื้อเยื่อของหลอดลมคอ ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดบริเวณเนื้อเยื่อหลอดลมลดลง ก่อให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ

(tracheal necrosis) บริเวณที่ถูกกดทับด้วยความดันในลูกโป่ง และอาจเกิดภาวะหลอดลมตีบแคบ (tracheal stenosis) และอาจเกิดการทะลุเชื่อมต่อกันของหลอดลมและหลอดอาหาร (tracheoesophageal fistula) (ชั้นต้นชก, 2552) สร้างความเจ็บปวดทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า การใส่ลมหรือความดันในลูกโป่งมากกว่า 34 เซนติเมตรน้ำ ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณเนื้อเยื่อหลอดลมลดลง และแม้ว่าจะมีความดันในลูกโป่ง 27 เซนติเมตรน้ำ ก็ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณเนื้อเยื่อหลอดลมค่อมมีเพียง 75% (Stewart, Secrest, Norwood, & Zachary, 2003)

1.2.4 การดูแลประคบ เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น (เกศินี, เพชรไสว, พรรณงาม, และสุมน, 2548; อมรัตน์, 2549; สิริรัตน์, นันทา และสุภารัตน์, 2550) แรงดูดที่ใช้ในการดูแลประคบ ทำให้เกิดการระคายเคืองเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บเป็นแผลขึ้นได้ จากการศึกษาของศิริจันทร์ (2547) พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองร้อยละ 86.67 ได้สะท้อนว่าการดูแลประคบทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานมากถึงมากที่สุด ไม่มีวิธีใดที่จะช่วยทำให้ความทุกข์ทรมานจากการดูแลประคบลดลงได้ ซึ่งการดูแลประคบจัดอยู่ใน 6 อันดับแรกที่เป็นสาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤตจากการรักษาพยาบาล (Puntillo, White, Morris, Perdue, Stanik-Hutt & Thompson et al., 2001) ส่วนงานวิจัยของเกศินี, เพชรไสว, พรรณงาม, และสุมน (2548) พบว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในระดับมาก 3 อันดับแรก คือ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการดูแลประคบ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และความรู้สึกเจ็บปวดในลำคอขณะดูแลประคบสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2551) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายสะท้อนประสบการณ์ของการได้รับการคาท่อช่วยหายใจออกมาว่า การคาท่อช่วยหายใจได้สร้างความเจ็บปวดและทรมานมากที่สุด โดยเฉพาะช่วงที่มีการดูแลประคบขณะฝีกการหายใจ ความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นเป็นสิบเท่า เจ็บจนเหมือนจะขาดใจ จากการทบทวนงานวิจัยยังพบว่า การดูแลประคบด้วยความนิ่มนวล และดูแลประคบเฉพาะที่จำเป็นส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความทรงจำที่เจ็บปวดร้อยละ 20 แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลประคบเป็นประจำ และรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความทรงจำที่เจ็บปวดร้อยละ 41 (Leur, Schans, Loef, Deelman, Geertzen & Zwaveling, 2004) แสดงให้เห็นว่าการปวดทุกข์ทรมานจากการดูแลประคบผู้ป่วยยังคงรับรู้ได้ส่งผลต่อความทรงจำที่ทุกข์ทรมาน แม้ว่าการดูแลประคบนั้นจะกระทำด้วยความระมัดระวัง และนิ่มนวล

จากการศึกษาของอาโรโย โนวัว และคณะ (Arroyo-Novoa, Figueroa-Ramos, Puntillo, Stanik-Hutt, Thompson, White, & Wild, 2008) เกี่ยวกับความปวดจากการดูแลประคบในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจจำนวน 755 ราย พบว่า ขณะดูแลประคบผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการปวดจากการดูแลประคบเฉลี่ย

ประมาณ 3.96 ซึ่งระดับความปวดก่อนดูดเสมหะเฉลี่ยประมาณ 2.14 และระดับความปวดหลังดูดเสมหะจะลดลงเฉลี่ยประมาณ 1.98 นอกจากนี้การศึกษาของกรรตัน (2553), คะนิงนิจ (2553), ประภาพร (2553), มณฑิชา (2553) และอุมาภรณ์ (2553) เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งทั้ง 5 งานวิจัยใช้แนวปฏิบัติการดูดเสมหะเดียวกันแต่นำไปทดลองต่างโรงพยาบาลต่างสถานที่ทั้งหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม พบว่ามีอัตราการบาดเจ็บของเยื่อหุ้มหลอดลม และค่าเฉลี่ยของคะแนนความไม่สุขสบายจากการดูดเสมหะลดลง โดยการพยาบาลที่ให้ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนดูดเสมหะ การดูดเสมหะไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ สายดูดเสมหะมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของเส้นผ่าศูนย์กลางท่อช่วยหายใจ แรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะไม่ควรเกิน 120 มิลลิเมตรปรอท ประเมินความลึกของการใส่สายยางดูดเสมหะ ใช้เวลาในการดูดเสมหะไม่เกิน 15 วินาที ไม่ทำกิจกรรมหลังดูดเสมหะอย่างน้อย 10 นาที การให้ออกซิเจน และเพิ่มปริมาตรปอด การให้ความชุ่มชื้น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย มีการติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

1.3 การตั้งรับของท่อช่วยหายใจ ในการดูแลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่มักมีร่างกายที่อ่อนแอจากภาวะวิกฤต ทำให้ต้องพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลเกี่ยวกับการทำความสะอาด และกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะการเช็ดตัว หรือการเปลี่ยนท่าทางในการนอน แต่ด้วยภาระงานที่มากมายต้องทำงานด้วยความเร่งรีบ บางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นจากการเปลี่ยนสายรัดท่อช่วยหายใจ เปลี่ยนท่าทางในการนอน การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวของท่อช่วยหายใจขณะให้การพยาบาล จากการศึกษาในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพยาบาลในระดับมาก ด้านร่างกาย ได้แก่ การระมัดระวังท่อทางเดินหายใจ และสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง ในขณะที่พลิกตะแคงตัว หรือเคลื่อนย้าย คิดเป็นร้อยละ 83.3 การยึดท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอให้อยู่กับที่ในขณะที่บีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจ ร้อยละ 81.7 (ชารทิพย์, 2540) และการลดความรู้สึกเจ็บปวดไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจ คือการลดการเคลื่อนไหวของท่อช่วยหายใจ (Grap et al., 2002)

2. ความทุกข์ทรมานที่มีสาเหตุมาจากการหายใจไม่เพียงพอเนื่องจากมีเสมหะ

การคาท่อช่วยหายใจมีผลรบกวนต่อกระบวนการป้องกันเชื้อโรคตามธรรมชาติของร่างกายทำงานลดลงนั่นคือขนกวัด (Cilia) ที่คอยพัดโบกสิ่งคัดหลั่งในเยื่อทางเดินหายใจทำงานได้ลดลงประกอบกับการคาท่อช่วยหายใจทำให้ฝาปิดกล่องเสียงปิดไม่สนิท ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถไอขับเสมหะออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Deem, Deem, Bishop & Bedford, 2007) จากการศึกษาของภทรพร (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยที่คาท่อ

ช่วยหายใจทุกราย ไม่สามารถไอและขับเสมหะออกได้ตามปกติ เมื่อรู้สึกว่ามีเสมหะอยู่ในท่อช่วยหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวตาย และเมื่อได้รับการดูดเสมหะผู้ป่วยจะรู้สึกปวดมาก และการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) เกี่ยวกับประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วย 4 ใน 11 ราย มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการหายใจไม่ออกเนื่องจากเสมหะเหนียว และปริมาณเสมหะมาก ทำให้ไออัดอัดหายใจไม่สะดวก และรู้สึกรำคาญจากการมีเสียงเสมหะที่ดังครืดคราด

3. ความทุกข์ทรมานที่มีสาเหตุมาจากความไม่สบายที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก

ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะถูกผูกมัด หรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อเป็นการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิด และปวดเมื่อยร่างกาย นับเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน จากการศึกษาของศิริจันทร์ (2547) พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจมาจากการมีสายต่างๆ โยงรยางค์ท่อช่วยหายใจ และจากความรู้สึกไม่สบายจากการถูกผูกมัดข้อมือเพื่อป้องกันการดึงอุปกรณ์การรักษาพยาบาลต่างๆ ส่วนการศึกษาของภัทรพร (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งสะท้อนออกมาถึงเหตุการณ์ที่ประสบขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ คือการ “ถูกพันธนาการทั้งแขนขา อย่างหนาแน่น” สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภรณ์ (2544) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า การผูกมัดมือผู้ป่วยไว้กับเตียงทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ ส่งผลให้เกิดความหงุดหงิด รำคาญ สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) เกี่ยวกับประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า การผูกมัดเป็นปัจจัยหนึ่ง que เพิ่มประสบการณ์ความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 11 รายสะท้อนว่า ระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยการผูกมัดมือทั้งสองข้างติดกับเตียง ทำให้เกิดอาการปวดหลังและปวดเมื่อบริเวณลำตัว และการผูกมัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสิ้นศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และงานวิจัยของอรนิภา และคณะ (2554) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกทุกข์ทรมานจากการพันธนาการของท่อและเครื่องยึดตรึง เนื่องจากเคลื่อนไหวไม่สะดวก ทำให้เกิดความรู้สึกปวดเมื่อยไร้อิสรภาพ และรู้สึกอัดอัด โมโห หงุดหงิด เป็นความรู้สึกที่ส่งผลกระทบต่อ การเร้าอารมณ์ก่อให้เกิดความปวดทุกข์ทรมาน

4. ความทุกข์ทรมานที่มีสาเหตุจากการนอนไม่หลับ

ความปวดทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจเป็นผลให้แบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยถูกรบกวน ประกอบกับการดูดเสมหะอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอน

หลับไม่เพียงพอ จากการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2551) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 9 รายสะท้อนว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและคาท่อช่วยหายใจทำให้พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากมีเสียงดังรบกวน ความเจ็บปวดที่ได้รับ การรบกวนจากการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ รวมทั้งแสงสว่างที่จ้าตลอดเวลา และจากการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) ยังพบว่า ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจมีอาการนอนไม่หลับเกิดจากการรู้สึกอึดอัดในคอ ซึ่งเกิดจากการที่คาท่อช่วยหายใจและมีเสมหะ จากสภาพ แวดล้อม ซึ่งได้แก่ เสียง แสง การสัมผัสจากกิจกรรมการพยาบาล ระดับเสียงในห้องผู้ป่วยหนักโดยเฉลี่ยประมาณ 45-85 เดซิเบลส่วนระดับเสียงที่เหมาะสมกับการพักผ่อน ในช่วงเวลากลางวันอยู่ที่ระดับเสียงที่ต่ำกว่า 45 เดซิเบล และไม่เกิน 35 เดซิเบลในเวลากลางคืน

จากการศึกษาของสุภารัตน์ (2547) เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลลำปาง พบว่าคุณภาพการนอนหลับใน 24 และ 48 ชั่วโมงของผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในระดับน้อยมากและปานกลางตามลำดับ และปัจจัยรบกวนการนอนหลับ คือ อาการหายใจเหนื่อยหอบ ความกลัวตาย กลัวพิการ ความกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ความเจ็บปวดและความไม่สบายจากการคาท่อช่วยหายใจและสายยางต่างๆ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรดิ, สุนุดตรา, พัชรียา, และศิริศักดิ์ (2549) พบว่าปัจจัยด้านร่างกายที่รบกวนการนอนหลับตามการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ การดูดเสมหะ เจ็บในปากและมุมปากจากการคาท่อช่วยหายใจ ปากและคอแห้ง เหนื่อยหอบ การเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง และการเจาะเลือด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตในห้องผู้ป่วยหนัก พบว่าร้อยละ 48 ของผู้ป่วยมีปัญหาในการนอนหลับ โดยมีสาเหตุมาจากเสียงอาการปวด และความกลัว ร้อยละ 54, 21 และ 5 ตามลำดับ (Hofhuis, Spronk, van Stel, Schrijvers, Rommes & Bakker, 2008)

5. ความทุกข์ทรมานที่มีสาเหตุมาจากความหิวและกระหายน้ำ

ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจจะมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร หรือน้ำทางปาก จึงจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง หรือทางหลอดเลือดดำแทน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความหิว และกระหายน้ำ อาจเนื่องมาจากสารอาหารที่ให้แก่ผู้ป่วยทางสายยางไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองได้รับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำ จากการศึกษาของภัทรพร (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งสะท้อนออกมาถึงเหตุการณ์ที่ประสบขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ คือ “ถึงจะหิวหรือกระหายก็ไม่ได้กิน” สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภรณ์ (2544) เรื่องประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจะมีอาการหิวกระหายน้ำและขอน้ำดื่มในช่วงแรกๆ และมักถูกปฏิเสธในระยะแรก พร้อมกับ

ได้รับข้อมูลถึงผลข้างเคียงของการได้รับน้ำขณะคาท้อช่วยหายใจว่าอาจทำให้สำลักน้ำ ปอดบวม หรือท้องอืดได้นั้น ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลต้องอดทนต่อการกระหายน้ำจนกลายเป็นความรู้สึกที่ทุกข์ทรมาน

จากการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) พบว่าผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจมีความทุกข์ทรมานจากความหิวและกระหายน้ำ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ และได้รับอาหารทางสายยาง ประกอบกับมีภาวะสมดุลของสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย แต่ผู้ป่วยยังรับรู้ได้ถึง ความรู้สึกกระหายน้ำ คอแห้ง อยากกินน้ำ และงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้และทรงจำในหอผู้ป่วยหนักถึงปัญหาความรู้สึกทุกข์ทรมาน พบว่าผู้ป่วยประสบปัญหา ความกระหายน้ำ ร้อยละ 10 (Swais & Badran, 2004) นอกจากนี้การศึกษาในประเทศสเปน พบว่า การกระหายน้ำ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดตามการรับรู้ของผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักมากที่สุด ร้อยละ 62.6 จากจำนวนผู้ป่วย 91 ราย (Ayllón Garrido, Alvarez González & González García, 2007) ส่วนการศึกษาของอรนิภา และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่และคาท้อช่วยหายใจจะไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ จึงทำให้ไม่สามารถลิ้มรสชาติของอาหารได้ ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับอาหารทางสายยางแต่กลับทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าได้รับประทานอาหารเข้าไปแล้ว ความรู้สึกเหมือนไม่อยู่ท้อง เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ก่อให้เกิดความรู้สึกโมโห หงุดหงิด

สาเหตุของความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ

สำหรับความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ-จิตวิญญาณในผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจทางปาก ส่วนใหญ่เป็นผลกระทบที่ต่อเนื่องมาจากความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว เครียด วิตกกังวล ทุกข์ทรมาน (Johnson, John, & Moyle, 2006) คับข้องใจที่สื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ รู้สึกไม่แน่นอน โดดเดี่ยวขาดกำลังใจจากครอบครัว และรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จนกลายเป็นความทุกข์ทรมานที่ติดอยู่ในใจถึงแม้จะเอาท้อช่วยหายใจออกแล้วก็ตาม (Russell, 1999) ซึ่งเป็นการรับรู้ที่ยังคงเกิดขึ้นแม้ว่าผู้ป่วยจะออกจากห้องผู้ป่วยหนักไปแล้วเป็นเวลา 2 เดือน (Samuelson, 2010) ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท้อช่วยหายใจทางปากด้านจิตใจและจิตวิญญาณที่พบบ่อยมี 4 ประการ ได้แก่

1. ความทุกข์ทรมานที่มีสาเหตุมาจากความคับข้องใจที่สื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ

เนื่องจากท้อช่วยหายใจกดกล่องเสียงทำให้เส้นเสียงที่อยู่บริเวณนั้นไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (Happ, 2000) จึงทำให้ผู้ป่วยเปล่งเสียง พูดและบอกความต้องการของตนเองให้บุคคลอื่นรับรู้ได้ยากลำบาก (สิริรัตน์, นันทา, และสุภารัตน์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสันและเซ็กซ์ตัน (Johnson & Sexton, 1990) เกี่ยวกับการรับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

ระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าการพูดไม่ได้เป็นผลกระทบที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้กลวิธีต่างๆ ในการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ รับรู้ในสิ่งที่ตนเองต้องการ ภายใต้สถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ จนกลายเป็นความรู้สึกที่ทุกข์ทรมาน ส่งผลให้เพิ่มความรู้สึกปวดทุกข์ทรมานมากขึ้น อีกทั้งการศึกษาของภัทรพร (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า การคาท่อช่วยหายใจทำให้มีปัญหาจากการมีข้อจำกัดในการสื่อสารส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ หงุดหงิดและเสียอารมณ์อย่างมาก จากการสื่อสารกับใครก็ไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ขัดใจ เพราะสื่อแล้วไม่เข้าใจ การสื่อสารด้วยการเขียนหรือแสดงท่าทางก็ยากลำบากเนื่องจากการถูกผูกมัด ยิ่งทำให้เกิดการเร้าทางด้านอารมณ์มากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการ ศึกษาของอรนิภา และคณะ (2554) ที่พบว่า การคาท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการสื่อสารไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ อึดอัด และมีการแสดงออกด้วยอาการโมโห และไม่ยอมพูดกับผู้อื่น อีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริจันทร์ (2547) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าในกลุ่มควบคุมร้อยละ 93.3 และในกลุ่มทดลองร้อยละ 66.67 ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ จากการสื่อสารกับผู้อื่นได้ยากจากการคาท่อช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2551) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 9 รายสะท้อนความออกมาว่า เหนื่อยทั้งกายและใจเพราะสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ จากการสื่อสารที่ยากลำบาก จากการพูดไม่ได้ ทรมาณต้องใช้มือช่วยในการสื่อสาร

2. ความทุกข์ทรมานที่มีสาเหตุมาจากการสูญเสียพลังอำนาจ

เป็นความรู้สึกด้านลบที่บุคคลรับรู้ว่าไม่สามารถกระทำการใดๆ เพื่อควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรือขาดศักยภาพในการเผชิญสิ่งเร้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้รู้สึกเก็บกด ซึ่งมักแสดงออกในรูปของความก้าวร้าว ร้องไห้ (วิจิตรา, 2553) เนื่องมาจากผู้ป่วยยังหายใจด้วยตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจจากการศึกษาของภัทรพร (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความรู้สึกว่า “แม้เป็นสิ่งที่ช่วยหายใจได้ แต่ไร้อำนาจควบคุมตัวเอง” คุณเองได้น้อยต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น ต้องฝืนใจทำตาม เพราะอยู่ในภาวะจำยอม ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณไร้ความสามารถ และรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) เกี่ยวกับประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมร่างกายตนเอง เนื่องมาจากการได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งการคาท่อช่วยหายใจไว้ทำให้รู้สึกไร้ค่า เจ็บคอ หายใจไม่สะดวกจากความรู้สึกที่ว่ามิท่อช่วยหายใจค้ำอยู่ในคอตลอดเวลา รู้สึกเจ็บปวด และแน่น

อึดอัดจากการถูกดูหมิ่นเหยียดหยาม สื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ และจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองในฐานะบุคคลได้

3. ความทุกข์ทรมานที่มีสาเหตุมาจากความไม่แน่นอน ความกลัว ความวิตกกังวล

เนื่องจากการไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน ไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ หรือขาดความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่ตนเองสงสัย หรือกำลังเผชิญอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่นอน ความกลัว ความวิตกกังวลอย่างรุนแรง (วิจิตรา, 2553) ซึ่งการได้รับข้อมูลมีผลต่อการรับรู้ และแปลความหมายของสถานการณ์ ในการควบคุมการตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ และส่งผลต่อการให้ความหมายต่อความเจ็บปวด พบว่าการตอบสนองต่อความเจ็บปวดมีอิทธิพลต่อการให้ความหมายความเจ็บปวด การทราบสาเหตุของความปวดจะทำให้ผู้ป่วยสามารถแปลความหมายและจัดการกับเหตุการณ์คุกคามที่เผชิญอยู่ได้ดีกว่า ตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวด อาจส่งผลต่อปัจจัยเชิงลบด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ก่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (ผ่องศรี, 2551) การให้ความหมายความเจ็บปวด มักอาศัยข้อมูลในอดีต เช่น ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่เคยเผชิญมาก่อน หรือข้อมูลที่ได้รับใหม่ ทำให้แปลความหมายของเหตุการณ์ได้ถูกต้อง เกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามได้ ส่งผลให้มีการตอบสนองทางจิตใจไม่รุนแรง (Leventhal & Johnson, 1983; Johnson, 1999)

4. ความทุกข์ทรมานที่มีสาเหตุจากการรับรู้ถึงความโดดเดี่ยว ขาดกำลังใจจากครอบครัว

จากการศึกษาของอรุณีภา และคณะ (2554) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความรู้สึกทรมานจากความกลัว เนื่องจากต้องอยู่โดดเดี่ยวภายในหอผู้ป่วยหนัก ประสบกับผู้เสียชีวิตที่เกิดขึ้นบ่อย ประกอบกับสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย และขาดการสนับสนุนทางด้านสังคมจากครอบครัวมักแสดงอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ (บุศริน, 2545) ตรงกันข้ามในส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จะสามารถเผชิญกับความเครียดในภาวะวิกฤตได้ง่าย ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงความทุกข์ทรมานลดลง (Smeltzer & Bare, 2000) นอกจากนี้จากการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) เกี่ยวกับประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะเร็ง พบว่าแรงสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดความทุกข์ทรมาน จากการมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เป็นการสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการให้กำลังใจ การปลอบใจ การได้รับการประคับประคอง การช่วยเหลือ ทำให้ความทุกข์ทรมานลดลง

สรุปได้ว่าความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากมาจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการคือ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บจากการคาท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ และการดีดรี้ง การนอนไม่หลับ การหิวกระหายน้ำ ส่วนทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณเป็นผลมาจากการไม่ได้รับการตอบสนองทางกายที่ดี ได้แก่ ความคับข้องใจที่สื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ สูญเสียพลังอำนาจ ความไม่แน่นอน กลัว วิตกกังวล โดดเดี่ยว ขาดกำลังใจจากครอบครัว

1.3 ผลกระทบของความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก

ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

จากความรู้สึกความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ การนอนไม่หลับ และการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผิดปกติ ดังนี้

การนอนไม่หลับ เป็นผลมาจากความทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญกับความปวด การมีเสียงดังรบกวน การรบกวนจากการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ เช่น การดูดเสมหะ รวมทั้งแสงสว่างที่จ้าตลอดเวลา (รุ่งทิพย์, 2551) ความรู้สึกอึดอัดในคอซึ่งเกิดจากการคาท่อช่วยหายใจและมีเสมหะ (อมรรัตน์, 2549) อาการหายใจเหนื่อยหอบ ความกลัวตาย กลัวพิการ ความกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย (สุภารัตน์, 2547) การนอนไม่หลับจากความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่สดชื่น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทรุดโทรม และการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปด้วยความล่าช้า หรือหยุดชะงัก (จริยา, 2547) การซ่อมแซมร่างกาย และความสามารถในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และระบบต่อมไร้ท่อผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ การฟื้นฟูของแผลลดลง (Akerstedt & Nilsson, 2003) และผลจากการนอนไม่หลับส่งผลต่อเนื่องมายังประสิทธิภาพของการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจของยุพา, อรสา และสุปรีดา (2551) ได้ระบุการส่งเสริมการนอนหลับไว้ในระยะก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ

การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ ความทุกข์ทรมานจากความปวดมีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผิดปกติ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย จากการศึกษาของอรนิภา และคณะ (2554) พบว่าผู้ป่วยได้สะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับการใส่และคาท่อช่วยหายใจว่า “หนูเจ็บแทบตาย” “มัน

เจ็บมากเลย มันเจ็บตลอดเลยนะยิ่งเดินยิ่งเจ็บเจ็บทั้งคอเจ็บทั้งตัว” จากความปวดทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกายหลีกเลี่ยงการไอ หรือจาม การหายใจลึกๆ ทำให้การระบายอากาศน้อยลง ส่งผลให้ยากต่อการหายาเครื่องช่วยหายใจหรือนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ เช่น การติดเชื้อเพิ่มขึ้น หรือเกิดการอุดตันที่หลอดเลือดดำในปอด ซึ่งเป็นอันตรายที่คุกคามถึงชีวิต (ผ่องศรี, 2551) นอกจากนี้การไม่เคลื่อนไหวร่างกาย หรือการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยยังทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแอ หลอดเลือดดำอักเสบ แผลกดทับ และมีผลต่อระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง ทำให้มีอาการแน่นท้อง ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน (ลิวรรณ, 2552)

2. การเคลื่อนไหวร่างกายมากไป จากความทุกข์ทรมานทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง พักผ่อนได้น้อย และมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากเกินไป เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด หรือทำให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ จากการศึกษาของเบิร์กเกตต์, เซาเทอร์แลนด์ และลีสลิน (Birkett, Southerland & Leslin, 2005) พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองมักมีอาการกระสับกระส่ายร่วมด้วย และการศึกษาของสิริรัตน์ และคณะ (2550) พบว่า การรู้สึกเจ็บปวดบริเวณที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สุขสบาย หงุดหงิด กระวนกระวายใจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ และร้อยละ 67.7 ของผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจมีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ (Koo, Koh & Kwon, 2003) ผลที่ตามมาทำให้เกิดการติดเชื้อจากสาเหตุดังกล่าว ส่งผลทำให้ระยะเวลาในการนอนในห้องผู้ป่วยหนักและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น (Krinley & Barone, 2005)

ผลกระทบด้านจิต-จิตวิญญาณ

จากความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากรู้สึกกลัว เครียด ทุกข์ และวิตกกังวล (Johnson, John & Moyle, 2006) จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ หลังจากเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนออกมาว่า ผู้ป่วยมีความกลัว ซึมเศร้า และประสาทหลอน (Spronk, van Stel, Schrijvers, Rommes & Bakker, 2008) หงุดหงิด รำคาญ (วรรณภรณ์, 2544) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในประเทศสเปน เกี่ยวกับกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียด พบว่าร้อยละ 35.2 จากจำนวนผู้ป่วย 91 ราย เกิดจากการมีท่อช่วยหายใจอยู่ในปาก (Ayllón Garrido, Alvarez González & González García, 2007) และจากการศึกษาในผู้ป่วยที่ประสบความทุกข์ทรมานจากการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญด้วยความรู้สึก โกรธ เสียใจ และน้อยใจ ซึ่งการเผชิญความทุกข์ทรมานด้วยวิธีดังกล่าวทำให้เพิ่มความตึงเครียดมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังด้านร่างกาย คือ ทำให้การ

ทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น ปอดและหัวใจทำงานมากขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจเร็วขึ้น (ลิวรรณ และคณะ, 2552)

สรุป ผลกระทบจากความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท้อช่วยหายใจทางปาก มีทั้งด้านร่างกาย ประกอบด้วย การนอนไม่หลับ การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย และการเคลื่อนไหวร่างกายมากไป ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ มีผลมาจากผลกระทบทางด้านร่างกาย

1.4 การจัดกับการความทุกข์ทรมาน

การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ - จิตวิญญาณนับเป็นสิ่งสำคัญของการให้การพยาบาลผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมกลวิธีในการใช้บทบาทอิสระตามที่พยาบาลพึงปฏิบัติ รายละเอียดดังนี้

1. การให้ข้อมูล (information) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความจริง ปราศจากความคลุมเครือ และเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยต่อสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ ส่งผลให้มีการตอบสนองทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานลดลง ดังการศึกษาของเกสินี, เพชรไสว, พรรณงาม, และสุนน (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ผู้ช่วยวิจัยแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 1 วัน และให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่กลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล 3 ชนิด (1) ข้อมูลวิธีการ (2) ข้อมูลบอกความรู้สึก และ (3) คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติจัดทำในรูปวีดีโอซีดี ยาว 20 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและได้รับข้อมูลตามปกติจากทีมสุขภาพ หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นเวลา 12 ชม. ผู้ช่วยวิจัยแบบประเมินความวิตกกังวลความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด ค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมาน และค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลในรูปแบบการสอนแนะ (coaching) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติหวังผลให้ผู้เรียนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และมีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานดังการศึกษาของศิริจันทร์ (2547) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอนแนะการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่ม

ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดหัวใจเปิด จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยสอนและตามโปรแกรมการปฏิบัติตน ใช้เวลา 1 ชม. ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพประเมินและวิเคราะห์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 วางแผนแก้ปัญหา การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง การฝึกการติดต่อสื่อสาร การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย การฝึกเรื่องการเคลื่อนไหว ขั้นตอนที่ 3 การฝึกให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติตามที่ได้วางแผนไว้ ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ระยะหลังผ่าตัด ติดตามผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ โดยสังเกตอาการทั่วไป ให้ข้อมูลเจ็บป่วยปัจจุบัน และแนะนำเทคนิคผ่อนคลาย ติดตามสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความทุกข์ทรมาน พุดให้แรงเสริมในผลปฏิบัติ กระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีระดับความทุกข์ทรมานมาก คะแนนความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มที่ได้โปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนมีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

2. เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) เป็นกลวิธีทางกระบวนการคิดด้วยเหตุผลและพฤติกรรม (cognitive-behavior strategy) เพื่อใช้ลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความปวด ความวิตกกังวล (บุศรีน, 2545) เป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจเข้าสู่ภาวะสมดุล ปราศจากความตึงเครียดและความวิตกกังวลทำให้อารมณ์เกิดความผ่อนคลาย ถูกส่งไปยังลิมบิก ซึ่งเป็นศูนย์กลางการควบคุมพฤติกรรมทางอารมณ์ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ กระตุ้นการหลั่งเอนโดรฟิน (endorphins) ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์จึงช่วยลดความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความปวดลดลง เกิดความผ่อนคลาย ดังการศึกษาของประไพ และกาญจนาวัฒน์ (2542) ศึกษาผลการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 30 ราย ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน เช่น กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า กล้ามเนื้อหน้าท้อง ตามแบบบันทึกเสียง วันละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 3 วัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

ประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณของอัจฉรา (2547) พบว่า เทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยการฝึกสมาธิมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจมากที่สุด นอกจากนี้เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายวิธีดังการศึกษาของสิรินยา, พิกุล และฉวีวรรณ (2551) ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน ประกอบด้วยงานวิจัยเชิงทดลอง 6 เรื่อง และงานวิจัยกึ่ง

ทดลองจำนวน 9 เรื่อง มีการศึกษาเทคนิคผ่อนคลายในรายงานวิจัย 7 รูปแบบประกอบด้วย เทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกการหายใจ การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกร การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ การผ่อนคลายโดยการสร้างจินตภาพ การฝึกผ่อนคลายอย่างรวดเร็ว และการใช้เทคนิคผ่อนคลายหลายวิธีร่วมกัน ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายพบว่าการใช้เทคนิคผ่อนคลายส่วนใหญ่สามารถลดปวดได้ ยกเว้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อขากรรไกร และการฝึกผ่อนคลายอย่างรวดเร็ว แต่ไม่พบว่าเทคนิคผ่อนคลายสามารถลดการใช้ยาบรรเทาปวดได้ จึงสรุปได้ว่าสามารถนำเทคนิคผ่อนคลายมาใช้ในการบรรเทาความปวดแต่ไม่ควรใช้ทดแทนการใช้ยา แต่ควรใช้ควบคู่กันหรือเป็นการบำบัดเสริมในการบรรเทาอาการปวดเฉียบพลันได้

3. การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เป็นวิธีที่เปลี่ยนความสนใจจากสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความรู้สึกความปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากสาเหตุๆ ในขณะที่ได้รับการรักษาโดยการคาบช่วยหายใจไปสู่ความสนใจอื่น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบควบคุมส่วนกลาง โดยเชื่อว่าการกระตุ้นไฮโปทาลามัส (hypothalamus) มีผลไปกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารคล้ายมอร์ฟิน ซึ่งมีกลไกควบคุมความปวด (ลิวรรณ และคณะ, 2552) ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ (euphoria) ความเครียดลดลง และลดการเร้าทางอารมณ์ (Seaward, 2002) การเบี่ยงเบนความสนใจทำได้หลายวิธี โดยการหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยชอบรู้สึกเพลิดเพลิน ได้แก่ การอ่านหนังสือ การฟังดนตรี การฟังวิทยุ การดูโทรทัศน์ การสวดมนต์ การทำสมาธิ การสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว (ยุพิน, 2549; ลิวรรณ และคณะ, 2552; พัทสนนท์, 2553) การให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (ยุพิน, 2549) จากการ ศึกษาเชิงคุณภาพอมรรัตน์ (2549) ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า แรงสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความทุกข์ทรมาน เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย ภรรยา บุตร หลาน และญาติเป็นผู้ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะหายจากการเจ็บป่วยแล้วได้กลับบ้าน มีกำลังใจ และอบอุ่นใจ ประกอบกับสมาชิกในครอบครัวยังสามารถอำนวยความสะดวกในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรนิภา และคณะ (2554) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับท่อช่วยหายใจ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการให้ญาติอยู่ดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลความสุขสบายทั่วไป การบรรเทาความปวด การทำความสะอาดร่างกาย และช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การให้ญาติอยู่ดูแลตลอดเวลาเพื่อบรรเทาความกลัวรู้สึกโดดเดี่ยว

วิธีดังกล่าวนี้จะได้ผลในช่วงที่ผู้ป่วยเปลี่ยนความสนใจ หากผู้ป่วยละความสนใจนั้นมา ความรู้สึกปวดก็จะเข้ามาแทนที่ (Perry & Potter, 2002) แต่อย่างน้อยวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจก็สามารถช่วยลดความปวด ความกลัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกทุกข์ทรมานได้ อย่างการศึกษา

ของสุนทรี (2548) เรื่องผลการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยของเล่นที่ใช้การเป่าต่อระดับความเจ็บปวดจากการแทงเส้นโลหิตดำเพื่อให้สารน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) และการศึกษาของสายฝน (2551) เกี่ยวกับผลการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยภาพและเสียงต่อความกลัวการตัดฝีอกในเด็กวัยเรียน พบว่า ความกลัวและพฤติกรรมความกลัวขณะได้รับการตัดฝีอกของเด็กกลุ่มที่ได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยภาพและเสียงน้อยกว่าเด็กกลุ่มที่ได้รับการลดความกลัวตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4. การทำสมาธิ (meditation) เป็นการตั้งใจมั่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยจิตใจไม่ฟุ้งซ่านกายและใจประสานกัน เช่น การอ่านหนังสือร่างกายพร้อมที่จะอ่าน ใจอ่านไปพร้อมกับตาจึงจะเข้าใจเรื่องที่อ่าน การทำสมาธิสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ภาวะแปรปรวนและความเครียดของจิตใจ นอกจากนี้ยังเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด และพัฒนาสภาวะทางจิตใจให้ดีขึ้น (วทีนนท์, 2550) การฝึกจิตให้สงบ ผ่อนคลายส่งผลให้รับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจลดลง ลดการเร้าทางอารมณ์ ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง จากการศึกษามรรรัตน์ (2547) เรื่องผลของการฝึกสมาธิตามพุทธวิธีโดยกำกับลมหายใจแบบอานาปานสติต่อความเจ็บปวด และความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก จำนวน 60 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกสมาธิตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความปวดระดับการใช้ยาบรรเทาปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาเชิงคุณภาพอมรรรัตน์ (2549) ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ปัจจัยที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การสวดมนต์ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การสวดมนต์ช่วยให้สบายใจ ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการนอนไม่หลับ และความไม่สุขสบายต่างๆ

5. การฟังดนตรี (music) ดนตรีมีผลต่อระบบลิมบิกทำให้เกิดความพึงพอใจ ทำให้มีการหลั่งสารเอนเคอร์ฟิน (endorphin) ซึ่งเป็นนิวโรเปปไทด์และสารเคมีคล้ายฝิ่น (neuropeptides and chemical opiates) เพิ่มขึ้นจากสมองและเนื้อเยื่ออื่นๆ ของร่างกายทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ (euphoria) และความเครียดลดลง ลดการเร้าทางอารมณ์ (Seaward, 2002) ซึ่งความรู้สึกผ่อนคลายมีผลยับยั้งการตื่นตัวในเรติคิวลาร์ ฟอร์มชัน (reticular formation) ทำให้ระดับแคทีโคลามีน (catecholamine) ลดลง มีการหลั่งสารซีโรโทนิน (serotonin) เพิ่มขึ้นจากบริเวณบัลลาร์ ซิน โครไนซิง (bulbar synchronizing region: BSR) ทำให้กล้ามเนื้อลดความตึงตัวผ่อนคลาย และเข้าสู่การนอนหลับได้ง่าย (Potter & Perry, 2005) นอกจากนี้สารเอนเคอร์ฟิน (endorphin) ยังสามารถยับยั้ง T-cell ซึ่งเป็นสื่อนำสัญญาณความปวด ทำให้ขณะฟังดนตรีจึงมีอาการปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง แต่ควร

ทำควบคู่ไปกับการให้ยาลดปวด ดังการศึกษาของวัลลภา (2549) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 30 ราย โดยการได้รับยาบรรเทาปวดชนิดรับประทานกลุ่มอะเซตามิโนเฟน และได้รับการฟังนาน 30 นาที พบว่า ระดับการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฟังดนตรีลดลงมากกว่าไม่ได้รับการฟังดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การใช้ดนตรีในกลุ่มผู้ป่วยที่คาดหวังใจจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความผ่อนคลาย เป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ โดยเริ่มจากการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยในการฟังดนตรี และให้ผู้ป่วยเลือกชนิดของเสียงดนตรี เช่น เกี่ยวกับการศึกษาของสุมลชาติ, สมจิต และชาญ (2008) ให้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจฟังเสียงดนตรีธรรมชาติหลังจากประเมินความสนใจในการฟังดนตรี และให้ผู้ป่วยเลือกชนิดของดนตรีที่ฟังผ่านเครื่องหูฟังเป็นเวลา 30 นาที ขณะใส่เครื่องหูฟังผู้ป่วยนอนพักในท่าศีรษะสูงและก้นม่านพร้อมแขนป้ายห้ามรบกวน มีแผ่นป้ายปิดตา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงร้อยละ 60 โดยกล่าวถึงข้อดีของการฟังดนตรี คือ สามารถลดความวิตกกังวล ความกลัว และความทุกข์ทรมานได้ ร้อยละ 70 ช่วยลดความเจ็บปวด ร้อยละ 50 ส่งเสริมการนอนหลับและการพักผ่อน ร้อยละ 43.3 และส่งเสริมการผ่อนคลาย ร้อยละ 40 รู้สึกเพลิดเพลินร้อยละ 30 รู้สึกสบาย ร้อยละ 26.7 นอกจากนั้นช่วยให้รู้สึกเหมือนได้อยู่กับธรรมชาติ

ต่อมาอรุวรรณ, สมพันธ์, ศากุล และอุษาวดี (2551) ได้นำดนตรีมาใช้บำบัดความไม่สุขสบายในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับฟังดนตรีจากการเลือกเพลงซึ่งเป็นเพลงไทยประเภทบรรเลงที่ผสมผสานกับเสียงธรรมชาติความเร็วของจังหวะประมาณ 60-80 ครั้ง ผ่านหูฟังเป็นระยะเวลา 30 นาที เป็นเวลา 2 วัน ผลการศึกษาพบว่า ความไม่สุขสบายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับดนตรีบำบัดในแต่ละวัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยหลังได้รับดนตรีบำบัดความไม่สุขสบายน้อยกว่าก่อนได้รับดนตรีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจ และการหายใจ ขณะได้รับดนตรีบำบัด นาทีที่ 10, 20, 30 และหลังหยุดดนตรีบำบัด 10 นาที พบว่ามีค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของหัวใจ และการหายใจน้อยกว่าที่ 5 นาที ก่อนได้รับดนตรีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

6. การนวด (massage) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เพิ่มการทำงานของ SG cell ส่งผลไปยังยังการส่งสัญญาณเจ็บปวดที่ T cell จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกขึ้นสู่สมอง ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้การถูกสัมผัสจากการนวดยังส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เกิดสัมพันธภาพที่ระหว่างผู้ให้ และผู้รับ (บังอรรัตน์, 2548) เกิดการกระตุ้นผ่าน brain reward center ในระบบลิมบิกทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ กระตุ้นการหลั่งเอนโดรฟิน (endorphins) ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์จึงช่วยลดความกลัว วิตกกังวล เครียด ยังลดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติโดยลดการทำงานของประสาทซิมพาเทติก การหลั่ง

epinephrine และ norepinephrine ลดลง มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและอัตราการหายใจลดลง (Guyton & Hall, 2000; Wells-Federman et al., 1995 อ้างตามจิราพร, พรทิพย์, สมจิต และชาญ, 2008) อีกทั้งการนวดยังทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ หลอดเลือดขยายตัว เพิ่มการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น ทำให้เซลล์ต่างๆ ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ลดการคั่งของกรดแลคติก ซึ่งกรดแลคติกจะไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด เมื่อกรดแลคติกลดลงความรู้สึกปวดจึงลดลง (Titler & RakeI, 2001) แต่ควรควบคู่ไปกับการให้ยาแก้ปวด ดังการศึกษาของเทวีกา (2546) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์นาน 30 นาที ก่อนถึงเวลาให้ยาแก้ปวดในมือก่อนนอน 40 นาที มีระดับความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการศึกษาของบังอรรัตน์ (2548) เกี่ยวกับผลของการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความผ่อนคลาย ความวิตกกังวล และความปวดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้รับการนวดเพื่อการผ่อนคลายและกดจุดฝ่าเท้ารวมเป็นเวลา 30 นาที (ข้างละ 15 นาที) ทั้งฝ่าเท้าและเน้นในบริเวณจุดที่สะท้อนไปช่วยในการลดความปวด เพิ่มการผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวล (ต่อมใต้สมอง, จุดศูนย์รวมกระแสประสาท, ต่อมหวมกไตและไต) เป็นเวลา 2 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการนวดกดจุดฝ่าเท้าหลอกโดยนวดเพื่อการผ่อนคลายและถูบริเวณฝ่าเท้าแต่ไม่กดจุดทำฝ่าเท้า ครั้งละ 30 นาที ใน 2 วัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจริง (True Foot Zone Therapy, TFZT) มีความรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ความวิตกกังวล และความปวดลดลง รวมถึงผลทางสรีรวิทยาแสดงว่าผู้ป่วยมีการผ่อนคลายมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดฝ่าเท้าหลอก (Mimic Foot Zone Therapy, MFZT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ายังทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลดีขึ้นด้วย

การศึกษาของอมรรรัตน์, ชวนพิศ, พรรณงาม, และวาราลักษณ์ (2549) ผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อและความสุขสบายในผู้ป่วยคาทอลิกช่วยหายใจทางปากที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 50 ราย ในกลุ่มทดลองได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ 30 นาที บริเวณใบหน้า ลำคอ ไหล่ และหลัง ประเมินภายหลังจากนวด 15 นาที สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อหลังได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยความสุขสบายหลังได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

7. การสัมผัส (touch) การสัมผัสที่นุ่มนวลในการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นการให้พลังในการเยียวยาช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย อบอุ่น รู้สึกปลอดภัย ลดความวิตกกังวลจากการความ

ปวด บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย (ธิดารัตน์, 2551) จากการศึกษาของมาวิลล์, โบเวน, จูดิท, เบนแฮม และแกรนท์ (Maville, Bowen, & Benham, 2008) พบว่า การสัมผัสมีประโยชน์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและลดภาวะเครียด นอกจากนี้ยังช่วยเยียวยาอาการต่างๆ เช่น ความปวด อาการกระสับส่าย ความวิตกกังวล ความโกรธ และการซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ (2551) ที่ได้ใช้เทคนิคการสัมผัสกับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ดิ้น และพยายามดึงท่อช่วยหายใจออกจนกระทั่งต้องผูกมัดมือของผู้ป่วย เมื่อใช้เทคนิคการสัมผัสกับผู้ป่วย โดยการสัมผัสอย่างนุ่มนวล และลูบไล้บริเวณหลังมือ ฝ่ามือและแขนของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับแนะนำญาติให้ใช้เทคนิคสัมผัส ให้พูดคุยวางมือญาติไว้บริเวณหัวใจของผู้ป่วย และสามารถกอดผู้ป่วยได้ พบว่า ผู้ป่วยสงบลง ดิ้นน้อยลง ไม่มีอาการกระสับกระส่าย และไม่ต้องผูกมือผู้ป่วยอีก ส่วนญาติรู้สึกสบายใจมากขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของอรนิภา และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจะมีอาการสงบเมื่อมีสามีเข้ามาเยี่ยม และได้กุมมือสามีขณะนอนหลับ ส่วนผู้ป่วยอีกรายรอคอยการมาเยี่ยมของแม่ และต้องการให้แม่กอด

8. การสนับสนุนของครอบครัว นับเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่พึ่งกระทำต่อกัน ในบริบทของสังคมไทยครอบครัวเป็นผู้ที่มีความหมายและเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่สุดเนื่องจากสามารถสื่อสารความรักและเป็นกำลังใจที่ดีให้แก่กัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ การได้รับการสนับสนุนของครอบครัวเป็นการเติมเต็มความรู้สึกที่สูญเสียสิ่งต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วย เปรียบเสมือนเป็นแหล่งพลังที่คอยกระตุ้นให้ตอบสนองไปในทางบวก เกิดการปรับตัวในทางที่ดีทำให้ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน การได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกไว้วางใจ และมีกำลังใจต่อสู้กับปัญหาขณะเจ็บป่วยได้ (วิจิตร, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของอมรรัตน์ (2549) พบว่าแรงสนับสนุนของครอบครัว โดยเฉพาะในการให้กำลังใจ ปลอบใจ การประคับประคอง และการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย โดยกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวรับรู้และได้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมี 4 ลักษณะคือ 1) ตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย 2) ดูแลความปลอดภัยในชีวิต 3) สัมผัส สื่อสาร เพื่อสร้างกำลังใจและ 4) ดูแลตามความเชื่อ/ความหวัง (กนกรัตน์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของพิบูล (2549) พบว่ากิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมี 3 ด้านคือ 1) ด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) ด้านความสบายและ 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ อีกทั้งยังส่งผลให้ครอบครัวรู้สึกคลายความกังวลอีกด้วย

1.5 การประเมินความทุกข์ทรมาน

วิธีการประเมินภาวะทุกข์ทรมานโดยทั่วไปมักใช้วิธีการสังเกตอาการ อาการแสดงที่ผู้ป่วยนั้นแสดงออกมา และการสอบถามจากการรับรู้ของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะทุกข์ทรมาน ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ

1. มาตรวัดความทุกข์ทรมานของแมคคอร์คเคิลและยัง (McCorke & Young, 1978 อ้างตามศิริจันทร์, 2547; วงจันทร์, 2554) เป็นเครื่องมือวัดความทุกข์ทรมาน (symptom distress scale) ในผู้ป่วยมะเร็ง ครอบคลุมอาการ 13 อาการ ได้แก่ ความปวด คลื่นไส้ ความอยากอาหาร การนอนหลับ การเคลื่อนไหว เหนื่อยล้า การหายใจ การไอ การขับถ่าย สภาพอารมณ์ การมีสมาธิ การรับรู้สิ่งที่มองเห็นจากภายนอก และการรับรู้ภายในตนเอง ลักษณะของคำถามเป็นมาตราวัดประมาณค่าในแต่ละคำถามมีให้เลือก 5 ลำดับ และกำหนดค่าคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ทุกข์ทรมาน 1 คะแนน หมายถึง ทุกข์ทรมานเล็กน้อย 2 คะแนน หมายถึง ทุกข์ทรมานปานกลาง 3 คะแนน หมายถึง ทุกข์ทรมานมาก และ 4 คะแนน หมายถึง ทุกข์ทรมานมากที่สุด เมื่อนำมาทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า มีค่าความเที่ยงชนิดสอดคล้องภายในและชนิดวัดซ้ำห่างกัน 1 เดือน อยู่ในระดับดี ($\alpha = .83$ และ $r_s = .78$) มาตรวัดดังกล่าว นันทา (2545) นำมาดัดแปลงเป็นแบบสัมภาษณ์ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความสอดคล้องภายในของแบบสัมภาษณ์อยู่ในระดับดี ($\alpha = .85$) ต่อมาจิราพร (2551) ได้นำมาดัดแปลงต่อใช้วัดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง โดยมีข้อคำถาม 12 ข้อ ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด การหายใจไม่สะดวกจากการมีเสมหะ การไอ เอาเสมหะออก อาการเจ็บคอ อาการปวดเมื่อยร่างกายจากการนอนท่าเดียวนานๆ การพลิกตะแคงตัว และหรือการเปลี่ยนท่านอน การลุกนั่ง การลุกเดิน การมีสายให้น้ำเกลือ อาการนอนไม่หลับ อาการอึดแน่นท้องและหรือปวดท้องจากแก๊ส และอาการปาก/คอแห้ง/กระหายน้ำ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความสอดคล้องภายในของแบบสัมภาษณ์อยู่ในระดับดี ($\alpha = .76$)

นอกจากนี้พัชริน (2550) ได้นำแนวคิดความทุกข์ทรมานของแมคคอร์คเคิลและยัง ร่วมกับการทบทวนเอกสารและรายงานวิจัย มาสร้างแบบสัมภาษณ์ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีจำนวน 46 ข้อ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย 20 ข้อ ด้านจิตสังคม 16 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 10 ข้อ และความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีจำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย 8 ข้อ ด้านจิตสังคม 19 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความสอดคล้องภายในของแบบสัมภาษณ์อยู่ในระดับดี ($\alpha = .94$ และ $.97$)

2. มาตรวัดความปวดและความทุกข์ทรมานของจอห์นสัน (Johnson, 1973 cited in Stewart, 1977; วิจิตรรา, 2553) เป็นเครื่องมือวัด 2 ส่วน (Johnson's two component scale) คือ ส่วนที่ 1 วัดระดับความรุนแรงของความปวด (pain sensation scale) และส่วนที่ 2 วัดระดับความทุกข์ทรมานจากความปวด (pain distress scale) มาตรวัดความปวดใช้วัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย เป็นเครื่องมือวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร โดยกำหนดค่าคะแนน 0-100 ปลายเส้นตรงด้านซ้ายให้เป็นหมายเลข 0 หมายถึง ไม่รู้สึกปวด ตรงกลางเส้นตรงให้เป็นหมายเลข 50 หมายถึง รู้สึกปวดปานกลาง และปลายเส้นตรงทางด้านขวาเป็นหมายเลข 100 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ ส่วนมาตรวัดความทุกข์ทรมานใช้วัดระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความปวด เป็นเครื่องมือวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร เช่นเดียวกับมาตรวัดความปวดแต่ไม่ระบุตัวเลขบนเส้นตรง มีเพียงข้อความบนปลายเส้นตรงด้านซ้าย หมายถึง ไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน ตรงกลางเส้นตรงมีความทุกข์ทรมานปานกลาง และปลายเส้นตรงด้านขวา หมายถึง ทุกข์ทรมานมากที่สุดจนทนไม่ได้ มาตรวัดนี้ได้มีผู้นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ เทวีกา (2546), วัลลภา (2549) ส่วนสมพร, อินทิรา, และเจริญ (2547) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยขณะได้รับการสลายนิ่วไต นอกจากนี้เกศินี (2547) ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจ ซึ่งทั้งหมดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความสอดคล้องภายในของแบบสัมภาษณ์อยู่ในระดับดีมากกว่า 0.80

3. แบบสอบถามความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจของเกศินี (2547) ดัดแปลงจากแบบสอบถามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจของสุพัตรา (2536) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และการสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งคุณสุพัตราดัดแปลงมาจากแบบสอบถามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจของจอห์นสันและเซ็กซ์ตัน (Johnson & Sexton, 1990) แบบสอบถามมีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ท่านรู้สึกเจ็บคอจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เจ็บมุมปากจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เจ็บปากจากการดึงรั้งของท่อช่วยหายใจ เจ็บในลำคอขณะดูดเสมหะ ทุกข์ทรมานจากการดูดเสมหะ ทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ทุกข์ทรมานจนอยากดึงท่อช่วยหายใจออก ทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจจนนอนหลับพักผ่อนไม่ได้ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มี น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยแต่ละข้อคำถามเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ผู้ป่วยเลือกตอบให้ตรงกับความรู้สึกของตนให้มากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความสอดคล้องภายในของแบบสัมภาษณ์อยู่ในระดับดีเท่ากับ 0.86

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นมาใหม่ เพื่อให้ครอบคลุมสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจปาก โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจของเกสินี (2547) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจมาใช้ประเมินความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในช่วงก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ จากเดิมของเกสินี (2547) 8 ข้อ แต่คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจำนวน 4 ข้อ ผู้วิจัยเพิ่มข้อคำถามอีก 11 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมถึงสาเหตุของความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจทางปาก ได้แก่ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการตั้งรับของท่อช่วยหายใจ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความหิว และกระหายน้ำ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการสื่อสาร ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการถูกโดดเดี่ยว ขาดกำลังใจจากครอบครัว ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความไม่แน่นอน ความกลัว ความวิตกกังวล เนื่องจากการไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ (1-5 คะแนน) ตั้งแต่ไม่มีเลย (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษามีปัญหาในเรื่องการสื่อสารจากคาท่อช่วยหายใจทางปาก ดังนั้นการประเมินความปวดทุกข์ทรมานด้วยมาตราส่วนประมาณค่าจึงเป็นเรื่องง่าย และสะดวกในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเพื่อความสะดวกแก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นในการสื่อสาร ผู้วิจัยจึงดัดแปลงรูปแบบการประเมินด้วยการอ่านข้อคำถามให้ผู้ป่วยฟัง แล้วให้ผู้ป่วยชี้ข้อความที่ผู้วิจัยแจกให้ประกอบด้วย ไม่มีเลย (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) โดยข้อความมีขนาดอักษรที่ใหญ่ สามารถมองเห็นชัดเจน

2. แนวคิดการควบคุมตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมาน

2.1 แนวคิดการควบคุมตนเอง

ลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson, 1983) เป็นบุคคลแรกที่อธิบายถึงการใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation theory) ต่อมาจอห์นสัน (Johnson, 1999) ได้พัฒนาทฤษฎีการควบคุมตนเองเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทฤษฎีการควบคุมตนเองอาศัยแนวคิดมาจากทฤษฎีการประมวลข้อมูล (information processing theory) โดยการอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลหลังจากได้รับข้อมูล ซึ่งบุคคลจะมีการประมวลข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก มา

รวมกับข้อมูลที่เก็บไว้ในความทรงจำ (memory) กลายมาเป็นแบบแผนความคิดความเข้าใจ (cognitive structure) และนำแบบแผนความคิดความเข้าใจนี้ไปใช้ในการควบคุมตนเองในการตอบสนองและแสดงพฤติกรรมของตนเอง (Johnson, 1999)

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการประมวลข้อมูลซึ่งเป็นพื้นฐานของทฤษฎีการควบคุมตนเองในการปรับตัวเผชิญกับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (Johnson, 1999) ดังนี้

1. บุคคลใช้การรับรู้และแปลความหมายจากสิ่งที่กำลังเผชิญ ในการควบคุมตนเองเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่กำลังเผชิญและแสดงพฤติกรรมของตนเอง

2. ภาพความคิดความเข้าใจ (schemata) เปรียบเสมือนการรับรู้และการแปลความหมายจากสิ่งที่กำลังเผชิญแล้วเก็บไว้ในความทรงจำ กลายเป็นภาพความคิดความเข้าใจเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์เดิมอีกครั้ง ก็จะใช้ภาพความคิดความเข้าใจในการคาดการณ์ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น และจะวางแผนจัดการกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม

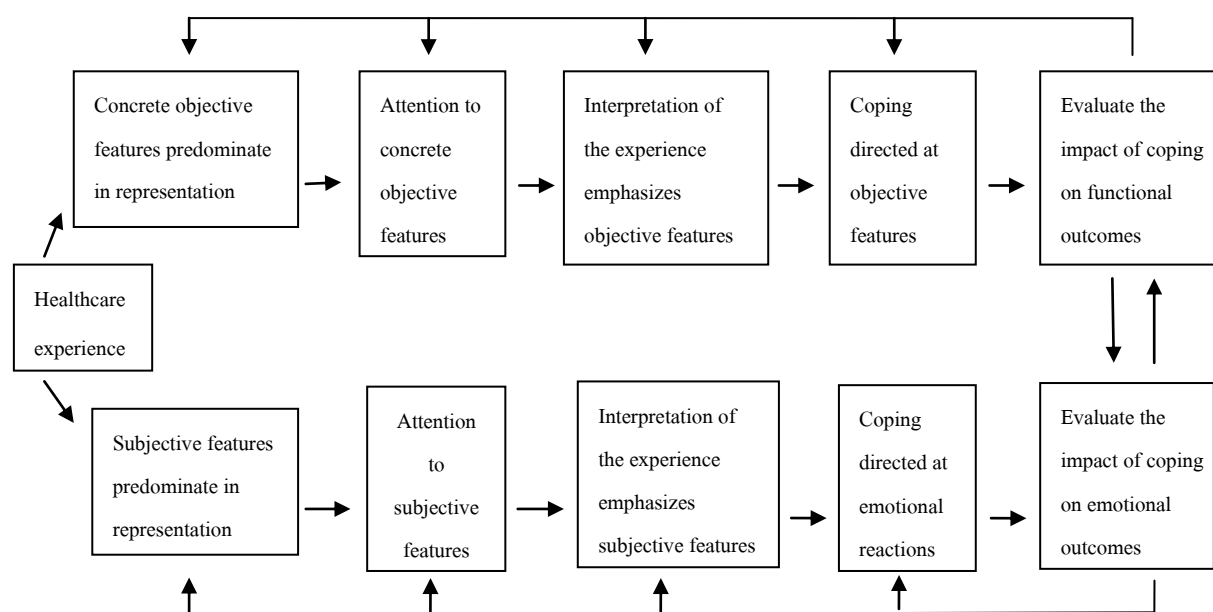
3. ข้อมูลจากภาพความคิดความเข้าใจจะถูกจัดเรียงลำดับ ตั้งแต่ระดับที่เป็นรูปธรรมที่สามารถรับรู้ได้ทางประสาทสัมผัส และปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ เช่น ความกลัว จนถึงระดับที่เป็นนามธรรม ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และวิธีการรักษา โดยข้อมูลระดับรูปธรรมจะมีการเชื่อมโยงกับแนวคิดในระดับที่เป็นนามธรรมจากประสบการณ์ในอดีต คาดการณ์ถึงลักษณะเฉพาะที่เผชิญ วางแผนตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น และข้อมูลระดับนามธรรมจะผสมผสานกับข้อมูลระดับรูปธรรมกลายเป็นภาพความคิดรวม ส่งผลต่อการให้ความหมายและให้ความสำคัญต่อความผาสุกของบุคคล ทำให้บุคคลไม่ต้องให้ความสนใจไปที่ระดับใดระดับหนึ่งของข้อมูล เนื่องจากข้อมูลระดับต่างๆ ของการรับรู้ความจริง (representation) มีการผสมผสานกันอยู่ด้วยกัน

4. ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียด บุคคลจะมีการเปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจุบันกับเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่พึงประสงค์หากเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อลดความไม่สอดคล้องนั้น โดยข้อมูลป้อนกลับที่แสดงถึงความไม่สอดคล้องจะกระตุ้นให้บุคคลสนใจต่อสิ่งเร้า และพยายามหาวิธีลดความไม่สอดคล้องระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

กระบวนการทฤษฎีการควบคุมตนเอง

ทฤษฎีการควบคุมตนเองของจอห์นสัน (Johnson, 1999) ได้อธิบายถึงกระบวนการวิธีการในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งบุคคลจะ

มีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัวใน 2 ลักษณะ คือ 1) ควบคุมตนเองในการตอบสนองด้านหน้าที่ (regulation of functional responses) มีเป้าหมายเพื่อลดความยุ่งยากในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน และ 2) การควบคุมตนเองในการตอบสนองด้านอารมณ์ (regulation of emotional responses) มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย ดังภาพ 2 ซึ่งกระบวนการในการปรับตัวทั้ง 2 ลักษณะดังกล่าวจะเกิดขึ้นแบบคู่ขนานและมีอิสระต่อกัน โดยบุคคลจะใช้กระบวนการควบคุมตนเองในการปรับตัวทั้ง 2 ลักษณะในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม แต่บุคคลสามารถเลือกให้ความสนใจในแนวทางใดแนวทางหนึ่งมากกว่า หรืออาจจะเปลี่ยนกลับไปมาระหว่างการปรับตัวใน 2 ลักษณะ โดยบุคคลจะเลือกวิธีการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือเหตุการณ์ที่ดึงเครียดตามความเข้าใจของตนเองที่มีต่อประสบการณ์นั้นๆ และเลือกใช้กลวิธีที่รู้สึกว่าจะใช้ได้ผลดี ซึ่งอาจเป็นกลวิธีที่เรียนรู้ใหม่ หรือเป็นกลวิธีที่เคยใช้ในอดีต หากกลวิธีดังกล่าวใช้ไม่ได้ผลจะมีการป้อนกลับของข้อมูลไปยังกระบวนการในการควบคุมตนเอง ทำให้มีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ การแปลความหมายและกลวิธีที่ใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้



ภาพ 2 กระบวนการควบคุมตนเองของจอห์นสัน (Johnson, 1999)

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ บุคคลจะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัวใน 2 ลักษณะ (Johnson, 1999) ดังนี้

1. การควบคุมตนเองในการตอบสนองด้านหน้าที่ (regulation of functional responses) กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ความเป็นจริงที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน (concrete-objective information) และการจะเกิดการรับรู้ความเป็นจริงได้ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน โดยมีเนื้อหาของข้อมูลครอบคลุม 4 มิติ คือ

1) การอธิบายถึงความรู้สึกลงทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น รวมถึงสิ่งที่ได้รับรส การได้กลิ่น การได้ยินเสียง และการมองเห็นที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่างๆ เช่น คำพูดที่บรรยายความรู้สึกที่ได้รับรู้ทางประสาทสัมผัส ได้แก่ รสหวาน รสเปรี้ยว เห็นคนใช้ผ้าปิดจมูกปิดปาก ได้ยินเสียงการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การได้กลิ่นน้ำยามาเชื้อโรค

2) การอธิบายช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ ได้แก่ ข้อความที่บอกให้ทราบว่าเหตุการณ์เริ่มต้นและสิ้นสุดเมื่อใด

3) การอธิบายลักษณะสภาพแวดล้อม ได้แก่ ข้อความที่บรรยายถึงการเคลื่อนย้ายจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง ขนาดของห้อง เป็นต้น

4) การอธิบายสาเหตุของความรู้สึกลงทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและด้านอื่นๆ ของประสบการณ์ ได้แก่ แหล่งที่มาของความรู้สึกลงทางประสาทสัมผัส เช่น อะไรที่ทำให้เกิดอาการปวด การระบุนอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจผิดว่าเป็นอาการแสดงของโรค

การได้รับข้อมูลที่เป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนจะทำให้บุคคลไม่เกิดความคลุมเครือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ช่วยให้สามารถดึงข้อมูลจากความทรงจำและแปลความหมายทำความเข้าใจกับสถานการณ์นั้น เกิดการวางแผนจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวด้วยความมั่นใจมากขึ้น โดยมุ่งไปที่การวางแผนและกระทำเพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดง และความรู้สึกไม่พึงประสงค์นั้น หรือเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันเพื่อลดผลกระทบจากอาการแสดงนั้น ทำให้ควบคุมปฏิบัติการตอบสนองด้านหน้าที่และแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่ได้เผชิญอยู่ เมื่อบุคคลพึงพอใจกับการตอบสนองด้านหน้าที่ ก็จะส่งผลให้มีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย

2. การควบคุมตนเองในการตอบสนองด้านอารมณ์ (regulation of emotional responses) กระบวนการจะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ความเป็นจริงที่มีลักษณะเป็นนามธรรม (subjective information) ซึ่งเป็นลักษณะที่มีการกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกความทรงจำในอดีตเข้ามาเกี่ยวข้องในประสบการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ทำให้แปลความหมายในความรู้สึกที่อ่อนแอของตนเอง (vulnerability) ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เช่น มีความวิตกกังวล รู้สึกทุกข์ทรมาน การแปลความหมายดังกล่าวนี้ทำให้บุคคลนั้นพยายามลดปฏิกิริยา

ตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึกที่อ่อนแอของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการเผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียด บุคคลจะมีการประเมินประสิทธิภาพของกลวิธีที่ใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกคุกคาม จากผลกระทบบที่มีต่ออารมณ์ความรู้สึก หากรู้สึกสุขสบาย ข้อมูลจะถูกป้อนกลับไปแนวทางการปรับตัวเพื่อควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ต่อไป แต่หากกลวิธีดังกล่าวไม่สามารถทำให้เกิดความรู้สึกสุขสบายได้ ข้อมูลจะถูกป้อนกลับไปแนวทางการปรับตัวเพื่อควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่อีกครั้ง กระบวนการนี้จะดำเนินต่อไปจนกระทั่งเกิดอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย

ดังนั้นสรุปว่า ทฤษฎีการควบคุมตนเองของจอห์นสัน (Johnson, 1999) บุคคลจะมีการปรับตัวในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกคุกคามตามความเข้าใจของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ด้วยการควบคุมตนเองในการตอบสนองด้านหน้าที่และตอบสนองด้านอารมณ์ โดยอาศัยการรับรู้ความเป็นจริง หากบุคคลสนใจการรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์จากข้อมูลที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม และมีความชัดเจนมาก ก็จะสนใจลักษณะเป็นนามธรรมของสถานการณ์น้อยลง ทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์น้อยลง ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง

2.2 การควบคุมตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมาน

ทฤษฎีการควบคุมตนเองของจอห์นสัน (Johnson, 1999) เป็นทฤษฎีในระดับปฏิบัติการที่สามารถอธิบายถึงกระบวนการวิธีการในการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย โดยการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรูปธรรม และมีความชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง เผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามจากการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม มีการตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง ตามหลักฐานจากงานวิจัย ดังนี้

จอห์นสัน (Johnson, 1972 อ้างตามอรุราวดี, 2541) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงขณะรัดแขนด้วยผ้ารัดแขน จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชายจำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 24 ราย พบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลความรู้สึกในขณะที่ถูกรัดแขนด้วยผ้ารัดแขน มีการรับรู้ความทุกข์ทรมาน และมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลวิธีการอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งสองกลุ่มให้คะแนนความรู้สึกว่าเป็นอันตรายไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ประเมินความรู้สึกเจ็บปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย

จอห์นสัน, มอริสเซย์ และลีเวนทาล (Johnson, Morrissey & Leventhal, 1973 as cited in Leventhal & Johnson, 1983) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ จากกลุ่มตัวอย่าง 99 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 ราย ไม่ได้รับข้อมูล และกลุ่มทดลองอีก 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 จำนวน 30 ราย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ และกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 จำนวน 34 ราย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ให้ข้อมูลผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยฟังจากเทปบันทึกเสียง และดูรูปภาพประกอบ จำนวน 11 ภาพ ในเวลา 7.5 นาที ก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม มีปริมาณการใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความทุกข์ทรมาน เช่น การเกร็งแขน อาการกระสับกระส่ายในระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ และยังพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกมีอาการกระสับกระส่ายน้อยกว่ากลุ่มอื่น มีความทุกข์ทรมานลดลงในแต่ละขั้นตอนของการตรวจ

ฮาร์ทฟิลด์, คาร์สัน และคาร์สัน (Hartfield, Carson & Carson, 1982) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่คุกคามต่อการคาดการณ์ความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ในระหว่างการสวน Barium enema ในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ราย ได้รับข้อมูลโดยการฟังเทปบันทึกเสียง ในช่วงบ่ายก่อนวันทำ Barium enema กลุ่มที่ 1 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระหว่างทำ Barium enema กลุ่มที่ 2 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างทำ Barium enema ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินความวิตกกังวลทันทีหลังกลับจากเอกซเรย์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลน้อยกว่า และคาดการณ์เหตุการณ์จริงได้ถูกต้องกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ

จอห์นสัน, ฟีเลอร์, วลาโซวิช, มิทเชลล์ และโจนส์ (Johnson, Fieler, Wlasowicz, Mitchell & Jones, 1997) ศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 226 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับกรพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองมีประสบการณ์ความยุ่งยากต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ช่วงระยะเวลาของการให้รังสีรักษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีแนวโน้มในการมองโลกในแง่ร้ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ฮวาง, ชาง, โก และลี (Hwang, Chang, Ko, & Lee, 1998) ศึกษาผลของการบันทึกเทปของแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักต่อการลดความเครียด โดยการบันทึกเทปการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดของแพทย์และการสนับสนุนทางอารมณ์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่ากัน กลุ่มควบคุมได้รับการพักผ่อนหลังฟื้นจากการระงับความรู้สึก และกลุ่มทดลองได้รับการฟังข้อความที่บันทึกเทปจากแพทย์ศัลยกรรมขณะทำการผ่าตัด หลังจากที่พักฟื้นจากการระงับความรู้สึก พบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนเทปที่

บันทึกไว้ได้รับการประเมินโดยมีอิทธิพลต่ออัตราการเต้นของหัวใจความดันโลหิตและอุณหภูมิผิวหนังมือเช่นเดียวกับระดับของการปวด ความตึงเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และความโกรธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสำหรับการทดลองนี้

คิม, การ์วิน และ โมเซอร์ (Kim, Garvin & Moser, 1999) ศึกษาภาวะเครียดในระหว่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง โดยการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน 1 ครั้งก่อนวันผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล แสดงอาการต่อต้านในช่วงระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความยากลำบากในการสื่อสารน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และใช้ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจสั้นกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

เมไกร์, วอลซ์ และ ลิตเติล (Maguire, Walsh & Little, 2004) ศึกษาผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม และการฝึกปฏิบัติต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการตรวจด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหารมาก่อน จำนวน 45 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับข้อมูลวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก กลุ่มที่ 2 ได้รับข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1 และเพิ่มการฝึกการหายใจลึกๆ และเทคนิคการกลืนกลืน และกลุ่มที่ 3 ได้รับข้อมูลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ 1 และ 2 มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความทุกข์ขณะส่องกล้องน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษาของอูราวตี, สุจิตรา, บุญศรี และ วิลาวรรณ (2543) ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่ากัน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย และคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดเฉลี่ยภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้านสีหน้า น้ำเสียง การเคลื่อนไหว และปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความทุกข์ทรมานเฉลี่ย ภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ในระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดไม่แตกต่างกัน

เกศินี, เพชรไสว, พรธงาม, และ สุมาน (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 30 ราย ผู้ช่วยวิจัยแบบประเมินความความวิตกกังวลก่อนผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างน้อย 1 วัน ผู้วิจัยใช้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่กลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล 3 ชนิด 1.วิธีการ 2.บอกความรู้สึก และ 3.คำแนะนำสิ่งที่

ควรปฏิบัติ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและได้ข้อมูลตามปกติจากทีมสุขภาพ หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นเวลา 12 ชั่วโมง.ผู้ช่วยวิจัยแบบประเมินความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด ค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมาน และค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ปณัฐทิกา (2551) ศึกษาผลข้อมูลรूपธรรม-ปรณัถย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก โดยใช้แนวคิดควบคุมตนเอง กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของมารดา ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมารดาเข้าเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยบ่าบักวิกฤตทารกแรกเกิด และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่างๆ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ พบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลรूपธรรม-ปรณัถย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการทดลอง ต่ำกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เกศินี (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนกับการฟังดนตรีต่อระดับความเจ็บปวดขณะมีกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองอีก 20 ราย ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย ข้อมูลวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติก่อนผ่าตัด 1 สัปดาห์ ข้อมูลการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดหัวใจร่วมกับดนตรีก่อนผ่าตัด 1 วัน และฟังดนตรีหลังผ่าตัด ในขณะที่มีกิจกรรมการลุกนั่ง การถอดท่อระบายทรวงอก และการทำกายภาพบ่าบัก พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดขณะมีกิจกรรมการลุกนั่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ระดับความเจ็บปวดในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดขณะมีกิจกรรมการถอดท่อระบายทรวงอกของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ระดับความเจ็บปวดในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดขณะมีกิจกรรมการทำกายภาพบ่าบัก ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

จิรพร (2551) ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดย 15 รายแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุมๆ ได้รับข้อมูลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ 15 รายหลังจัดเป็นกลุ่มทดลองได้รับชมวิดีโอที่สนัข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วย ข้อมูลวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ และข้อมูลวิธีการเผชิญความเครียดในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด ผลการวิจัย

พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความปวด และความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากหลักฐานงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า ทฤษฎีการควบคุมตนเองของจอห์นสัน (Johnson, 1999) โดยการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน สามารถช่วยให้ผู้ป่วย มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์และรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง

2.3 การส่งเสริมการควบคุมตนเอง โดยการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจทางปากมักเป็นผู้ป่วยในระยะวิกฤต ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ-จิตวิญญาณ ถือเป็นภาวะคุกคามสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจ เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่ต้องเผชิญระหว่างได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจทางปาก โดยการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเลือกใช้วิธี ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานด้วยตนเอง

2.3.1 การให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล และเป็นบทบาทที่อิสระในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยในการเป็นแหล่งความรู้ด้านข้อมูลต่างๆ

ความหมายของการให้ข้อมูล

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักฐานหาความจริง หรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ส่วนการให้ข้อมูล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย โดยการใช้อำนาจบอกเล่าข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง เป็นประสบการณ์ของคนส่วนใหญ่อย่างเฉพาะเจาะจง เป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน ครอบคลุมเนื้อ 4 มิติ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ 1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส และอาการแสดงที่เกิดขึ้น 2) ช่วงเวลาลำดับของเหตุการณ์ 3) ลักษณะของสภาพแวดล้อม และ 4) สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส และอาการแสดงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยเกิดกระบวนการของความคิดความเข้าใจ (Johnson, 1999)

สรุปได้ว่าการให้ข้อมูล หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วยเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน อย่างเป็นองค์รวมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ

การให้ข้อมูลในผู้ป่วยที่คาดหวังช่วยหายใจ

การให้ข้อมูลจัดเป็นกลวิธีการพยาบาลอีกรูปแบบหนึ่ง ที่สามารถกระทำได้อย่างอิสระ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความต้องการ ประกอบกับสามารถช่วยลดปฏิบัติการตอบสนองทางด้านจิตใจ ลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการให้ข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการคาดหวังช่วยหายใจส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (บุศริน, 2545; สิริจันทร์, 2547; เกศินี, 2549) ช่วงเวลาของการให้ข้อมูล แบ่งออกเป็น การให้ข้อมูลก่อนผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ (อูราวดี, สุจิตรา, บุญศรี และวิลาวรรณ, 2543; เกศินี, เพชรไสว, พรรณงาม และสุมน, 2548; เกศินี, 2549; จีรพร, 2551; Johnson, Morrissey & Leventhal, 1973 as cited in Leventhal & Johnson, 1983; Maguire, Walsh & Little, 2004) การให้ข้อมูลหลังจากเผชิญกับเหตุการณ์แล้ว (Hwang, Chang, Ko, & Lee, 1998) และการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเผชิญกับเหตุการณ์จนเผชิญกับเหตุการณ์จริงจนกระทั่งผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจออกโดยใช้เวลา 1-2 วัน (สิริจันทร์, 2547) และเผชิญกับเหตุการณ์จริงครบ 3 วัน (บุศริน, 2545) ชนิดหรือลักษณะของข้อมูลที่ให้ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ประกอบด้วย การใส่ท่อช่วยหายใจ การไม่สามารถพูด การมีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆติดที่ผู้ป่วย (สิริจันทร์, 2547) รวมทั้งกิจกรรมการดูแลเมื่อได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (เกศินี, เพชรไสว, พรรณงาม และสุมน, 2548) สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจากความรู้สึกเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ (สิริจันทร์, 2547) รวมทั้งความรู้สึกจากกิจกรรมการดูแลเมื่อได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (เกศินี, เพชรไสว, พรรณงาม และสุมน, 2548) คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (สิริจันทร์, 2547; เกศินี, เพชรไสว, พรรณงาม และสุมน, 2548)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่ได้รับการคาดหวังช่วยหายใจทางปาก ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบมาก่อนเนื่องจากมีอาการเข้าสู่ภาวะวิกฤตต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจึงเริ่มให้แก่ผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว และรู้สึกตัวมีความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลที่ผู้วิจัยให้แก่ผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน 3 วัน ซึ่งข้อมูลที่ให้มีลักษณะเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสนใจ

ในการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในลักษณะที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เกิดกระบวนการคิดการเข้าใจในลักษณะของการแก้ไขปัญหา เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์ แสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดความสนใจการรับรู้ความเป็นจริงในลักษณะที่เป็นนามธรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญเป็นสถานการณ์ที่คุกคามน้อยลง ทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์น้อยลง รู้สึกทุกข์ทรมานลดลงโดยมีเนื้อหาข้อมูลที่เป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนครอบคลุม ดังนี้

1) ข้อมูลเกี่ยวกับช่วงเวลาดำดับเหตุการณ์การดูแลรักษา เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการของผู้ป่วย แผนการรักษา กฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

2) ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะสภาพแวดล้อม เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

3) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและสาเหตุของความรู้สึกที่ต้องเผชิญ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความรู้สึกและสาเหตุของความรู้สึกขณะมีต่อช่วยหายใจคาในปาก ความรู้สึกและสาเหตุของขณะได้รับการดูแลห่มหะ พร้อมแสดงความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ และความปรารถนาดีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวควบคุมปฏิกิริยาการตอบสนองทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม

4) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาล เป็นการอธิบายและแนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างไร และควรปฏิบัติอย่างไรเมื่อได้รับการพยาบาลดังกล่าวตามลำดับเหตุการณ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถคาดการณ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องขณะได้รับการพยาบาลเพื่อลดความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น ประกอบด้วย การฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการและรายงานความปวด การผ่อนคลายเพื่อบรรเทาปวดและส่งเสริมการนอนหลับ การบรรเทาอาการปวดด้วยเทคนิคการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว ร่วมกับการสร้างความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ และความปรารถนาดี

2.3.2 การสนับสนุนของครอบครัว

ครอบครัวจัดเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ เป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทวิชาชีพ หรือบทบาทในการทำงาน (House, 1981) สอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้จัดให้ครอบครัว ได้แก่ ญาติ พี่น้อง เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามธรรมชาติที่มีความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากมีบทบาทที่

สำคัญต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งถ่ายทอดความเชื่อ ค่านิยม แบบแผนพฤติกรรม และประสบการณ์ต่างๆ การสนับสนุนของครอบครัวจึงจัดเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความหมายเหมือนกับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันเพียงแหล่งที่มา (Cobb, 1976)

ความหมายการสนับสนุนของครอบครัว

การสนับสนุนของครอบครัวจัดเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้ข้อมูลชี้แนะที่ทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่ายังมีบุคคลที่ได้ให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ มองเห็นคุณค่าของตน ให้ความยกย่อง รวมถึงรับรู้ได้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น คอบบ์ (Cobb, 1976) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การให้ความรักและเห็นคุณค่า ความไว้วางใจ และรับฟังปัญหาด้วยความห่วงใย การช่วยเหลือทางด้านทรัพยากรต่างๆ การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เพื่อการเปรียบเทียบประเมินค่า (House, 1981) ส่วนคาห์น และแอน โตนุคซี่ (Kahn & Antonucci, 1980 cited by House, 1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกัน การชื่นชม การยอมรับนับถือ และการให้ความช่วยเหลือ เป็นการทำบุคคลในสังคมได้รับการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือสนับสนุนนี้ทำให้บุคคลตอบสนองและเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น (Thoits, 1982) การที่บุคคลรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับ การยกย่อง นับถือรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับการสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ทำให้บุคคลนั้นดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม (Pender, 1987)

จากความหมายที่กล่าวไว้ข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรักและการเห็นคุณค่า การดูแลเอาใจใส่ การรับฟังปัญหาด้วยความห่วงใย การช่วยเหลือทางด้านทรัพยากรต่างๆ การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ จากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร และญาติ ทำให้บุคคลนั้นตอบสนองทางด้านอารมณ์ได้ดีขึ้นดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ความต้องการการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลทั้งจากบุคคลกรทางการแพทย์และจากการสนับสนุนของครอบครัวดังการศึกษาของภัทรพร (2543) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วย

หายใจ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลดังนี้ คือ 1) ช่วงแรกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจขอให้ได้พักผ่อน 2) น้ำและอาหารเป็นสิ่งที่ต้องการจะได้รับ 3) ให้ญาติและพยาบาลช่วยขจัดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น 4) ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้มีชีวิตรอดและปลอดภัย 5) ต้องการเป็นอิสระจากการถูกพันธนาการและการใส่ท่อ 6) ต้องการเอาใจใส่และกำลังใจจากคนใกล้ชิด 7) พยาบาลควรมาถามไถ่ และใส่ใจ แก่ ปัญหาการสื่อสาร 8) ควรบอกกล่าวให้เข้าใจ ก่อนให้การดูแลและ 9) อยากเห็นแพทย์-พยาบาลทำดีพุดดี คิดดี มีเมตตาจิต อมรรัตน์ (2549) ศึกษาประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่าปัจจัยที่ลดความทุกข์ทรมานประกอบด้วย 1) การดูแลเสมหะเพื่อลดอาการแน่นอึดอัด 2) การตะแคงหน้าช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง 3) การจิบน้ำช่วยลดความหิวกระหายน้ำ 4) การเขียนหนังสือช่วยการสื่อสาร 5) การจัดทำนั่งและนอนด้วยตนเองช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยและอาการเหนื่อย 6) การสวมมณฑช่วยให้อบายใจ และ 7) แรงสนับสนุนของครอบครัว

รุ่งทิพย์ (2551) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน และได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยให้มีความหวังและกำลังใจประกอบด้วย ใจต้องสู้ไม่ท้อแท้ ญาติคอยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ เจ้าหน้าที่ดูแลรักษาดี ส่วนความต้องการการดูแล ประกอบด้วย 1) การได้รับคำอธิบายและการเตรียมตัวก่อนการฝีกหายใจ 2) การให้เจ้าหน้าที่อยู่ใกล้ๆ และช่วยทันทีเมื่อมีอาการเหนื่อย 3) ได้รับการบรรเทาเจ็บปวด 4) สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 5) ได้รับกำลังใจ คำพูดและการปฏิบัติดีจากเจ้าหน้าที่ 6) ได้รับความเข้าใจในความ รู้สึกและ 7) มีญาติอยู่ดูแลตลอดเวลา อรนิภา, สุภาภรณ์ และอาภรณ์ (2554) ศึกษาประสบการณ์ผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแล ดังนี้ 1) ต้องการบรรเทาความเจ็บปวด 2) อิสระจากท่อช่วยหายใจ 3) สื่อสารตรงกัน 4) ญาติอยู่ดูแลและ 5) ได้รับอาหาร และน้ำอย่างเต็มที่ และความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 80 ราย พบว่า มีความต้องการด้านความรักและสัมพันธ์ภาพเป็นอันดับแรก ประกอบด้วย ความต้องการอยู่กับครอบครัว ต้องการรู้ว่าครอบครัวอยู่ที่ไหน และต้องการทราบว่าครอบครัวจะกลับมาเยี่ยมได้อีกเมื่อไร รองลงคือความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการด้านการปกป้องและความปลอดภัย และความต้องการด้านเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ตามลำดับ (Lin, Chou & Yeh, 2009)

สรุปได้ว่าในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก นอกจากการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ ยังมีบุคคลที่มีความสำคัญมากต่อผู้ป่วยนั้นคือ ครอบครัว ที่ผู้ป่วยมีความต้องการดังจะเห็นได้จากงานวิจัยข้างต้นที่กล่าวมาผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนของครอบครัวโดยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหรือให้คนในครอบครัวมาอยู่ใกล้ๆ

การสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยที่คาทอช่วยหายใจทางปาก

การสนับสนุนของครอบครัวเพื่อลดความรู้สึกลึกความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาทอช่วยหายใจทางปาก สามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน (อมรรัตน์, 2549; อรนิภา, สุภาภรณ์ และอาภรณ์ (2554) ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านร่างกาย หมายถึง สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดจากการได้รับการคาทอช่วยหายใจทางปากในเรื่องการดูแลความทุกข์สบายทั่วไป ส่งเสริมความทุกข์สบายโดยอำนวยความสะดวกในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ จากการศึกษาของภัทรพร (2543) ถึงความต้องการของผู้ป่วยที่คาทอช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยต้องการให้ญาติและพยาบาลช่วยจัดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด อาจเกิดจากการดูดเสมหะ การผูกมัดท่อช่วยหายใจ อาการปวดเมื่อยจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ให้ข้อมูลทุกคนต้องการให้ญาติและพยาบาลมาช่วยเหลือหรือแก้ไขความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้หมดไป สอดคล้องกับการศึกษาของอรนิภา, สุภาภรณ์ และอาภรณ์ (2554) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีความต้องการให้ญาติอยู่ดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดจากการคาทอช่วยหายใจ โดยการดูแลความทุกข์สบายทั่วไป การบรรเทาความเจ็บปวด การทำความสะอาดร่างกาย นอกจากนี้จากการศึกษาของธารทิพย์ (2541) พบว่าผู้ป่วยที่คาทอช่วยหายใจและได้รับเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 78.3 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีความต้องการให้คนในครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น เช็ดตัว บีบนวด ให้อาหารเป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล (2549) พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ด้านความทุกข์สบาย ประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ ทั่วไป เช่น การเช็ดหน้า หวีผม เปลี่ยนผ้าอ้อมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายเวลา เช่นเดียวกับการศึกษาของกนกเนตร (2547) พบว่า 1 ใน 4 ลักษณะ ของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย คือ การตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย และจากศึกษาเกี่ยวกับความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยต้องการทราบว่าเอาท่อช่วยหายใจออกได้เมื่อใด ต้องการเปลี่ยนท่าทางในการนอนหรือลุกนั่ง ต้องการบอกให้ทราบว่านอนไม่หลับ ต้องการบอกให้ทราบว่ามีอาการเจ็บปวดบริเวณในลำคอ ต้องการดื่มน้ำ อาหาร การนอนหลับ และต้องการให้อาสมหะออก (Lin, Chou & Yeh, 2009)

2. การสนับสนุนทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณด้วยการแสดงออกถึงการให้ความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจไม่ท้อแท้ และมีความหวัง จาก

การศึกษาของธารทิพย์ (2541) พบว่าผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจและได้รับเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 86.7 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีความต้องการให้พยาบาลเปิดโอกาสให้ลูก หลาน คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาแสดงความรัก ความห่วงใย และความเอื้ออาทรอย่างสม่ำเสมอ และจากการศึกษาของภัทรพร (2543) พบว่า ลักษณะของการให้กำลังใจตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล คือ การมาเยี่ยมเยียน การไต่ถามอาการ การแสดงความรักและห่วงใย การให้การช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ เช่น การจัดความไม่สุขสบาย ทำให้รู้สึกว่ ทุกคนยังห่วงใยและคอยส่งกำลังใจให้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บและความปวดทุกข์ทรมานที่กำลังเผชิญ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ (2545) เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการใกล้ชิดกับบุคคลและสิ่งยึดเหนี่ยว การได้รับสัมผัสที่อบอุ่น โดยต้องการดูแลช่วยเหลือเสริมกำลังใจจากญาติผู้ดูแล อาจจะเป็นการพูดคุย การสัมผัส การคอยให้การดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยได้อีกด้วย ส่วนการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) พบว่าผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจรับรู้ว่ครอบครัวอันประกอบด้วย ภรรยา บุตร หลาน และญาติมิตรเป็นผู้ที่ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจ มีความหวังที่จะหายป่วยช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับการศึกษาของอรนิภา, สุภาภรณ์ และอาภรณ์ (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับกาใส่ท่อช่วยหายใจมีความต้องการให้ญาติอยู่ดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณด้วยการให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยคอยสัมผัส กุมมือ กอด เพื่อบรรเทาความกลัวโดดเดี่ยวที่ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และจากการศึกษาทางด้านครอบครัว พบว่า กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว คือ การสัมผัส สื่อสาร เพื่อให้กำลังใจ ดูแลตามความเชื่อ/ความหวัง (กนกเนตร, 2547) การพูดคุยลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ และวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย (พิกุล, 2549)

สรุปได้ว่าการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจทางปาก เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเป็นการลดสิ่งเร้าที่จะไปกระตุ้นความรู้สึกที่ทุกข์ทรมานของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการทำความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทำให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง และนอกจากพยาบาลแล้วบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยคือ ครอบครัว เนื่องจากเกือบทุกงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นผู้ป่วยมีความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว (ภัทรพร, 2543; อมรรัตน์, 2549; รุ่งทิพย์, 2551; อรนิภา, สุภาภรณ์ และอาภรณ์, 2554; Lin, Chou & Yeh, 2009)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนต่อความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเป็นการส่งเสริมความสุขสบายทางด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยให้ไปความสนใจในการรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในลักษณะที่เป็นรูปธรรมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์น้อยลง รู้สึกทุกข์ทรมานลดลง ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัว ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านร่างกาย และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านร่างกาย เป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย โดยการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายด้วยการดูแลความสุขสบายทั่วไป ดังนี้

1.1 การถามความต้องการของผู้ป่วยผ่านอุปกรณ์สื่อสาร เช่น เขียนบนกระดาษ ใช้สื่อคำ เนื่องจากผู้ป่วยพูดไม่มีเสียงขณะมีท่อช่วยหายใจอยู่ในปาก

1.2 เป็นสื่อกลางในการรายงานความต้องการของผู้ป่วย

1.3 การดูแลความสุขสบายทั่วไป ได้แก่ การบีบนิ้ว เช็ดหน้า เช็ดน้ำลาย จิบน้ำอม น้ำแข็ง ห่มผ้า ช่วยพลิกตะแคงตัวหรือช่วยจัดท่านอน ปรับหัวเตียง ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเป็นอิสระจากการผูกมัดร่างกายในขณะที่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

1.4 การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ได้แก่ นำเพลงโปรดมาเปิดให้ฟัง ให้ดูทีวี อ่านหนังสือให้ฟัง สัมผัสจับมือ

2. การสนับสนุนทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ เป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้วยการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ดังนี้

2.1 การเข้าเยี่ยมและไต่ถามอาการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ และความต้องการของผู้ป่วย หลังจากนั้นให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

2.2 การให้กำลังใจ ประกอบด้วยดังนี้

- กล่าวชมเชย และให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ควรใช้คำพูดในการให้กำลังใจผู้ป่วยมากกว่าการกล่าวคำตำหนิ

- แสดงความรักและความห่วงใย ด้วยการพูดคุยปลอบใจ พร้อมกับการโอบกอด จับมือสัมผัสอย่างนุ่มนวล และลูบไล้บริเวณหลังมือ ฝ่ามือและแขนของผู้ป่วยเพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ อดทนต่อความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

- พูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ในอดีตที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วย

- บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยมีค่าสำหรับท่านและครอบครัว

2.3 การส่งเสริมตามความเชื่อของผู้ป่วย ประกอบด้วยดังนี้

- การสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อทางจิตใจโดยการนำสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจมาให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ ได้แก่ บุคคลที่รัก รูปถ่าย เป็นต้น

- การสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อทางหลักศาสนาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีกำลังใจที่เข้มแข็งขึ้นจากการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ได้แก่ เครื่องราง บทสวดต่างๆ เปิดเทปให้ฟังบทสวด หรือทำนอ่านบทสวดให้ฟัง

3. ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก

แนวคิดการควบคุมตนเอง (model of self-regulation) ของจอห์นสัน (Johnson, 1999) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการตอบสนองของมนุษย์ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม หรือก่อให้เกิดความตึงเครียดต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากเป็นครั้งแรกถือเป็นสถานการณ์วิกฤตที่คุกคามตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากส่วนใหญ่จะเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (ภัทรพร, 2543; อมรรัตน์, 2549 และอรนิภา, สุภาภรณ์ และอาภรณ์, 2554) ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บจากการคาท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ และการดัดรั้ง การนอนไม่หลับ การหิวกระหายน้ำ ส่วนทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ เป็นผลมาจากการไม่ได้รับการตอบสนองทางกายที่ดี ได้แก่ ความคับข้องใจที่สื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ สูญเสียพลังอำนาจ ความไม่แน่นอน กลัว วิตกกังวล โดดเดี่ยว ขาดกำลังใจจากครอบครัว

จากสภาพแวดล้อมบรรยากาศในหอผู้ป่วยมีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย ส่งผลต่อการเร้าอารมณ์เกิดการกระตุ้นความรู้สึกทุกข์ทรมาน เนื่องจากการใกล้ชิดผู้ป่วยใกล้ตาย ความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (Johnson & Sexton, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร (2544) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจต้องประสบกับปัญหา คือ การแวดล้อมไปด้วยผู้ป่วยใกล้ตาย สำหรับหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยอายุรกรรมต่างก็ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจและใช้มาตรฐานเดียวกันที่สร้างขึ้นจากกลุ่มงานฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมคล้ายๆ กัน ซึ่งบางครั้งอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยอาจจะไม่เข้าใจเกี่ยวกับกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมของญาติเนื่องมาจากได้รับข้อมูลที่ไม่มีเพียงพอ

แต่บางครั้งการที่มีญาติอยู่ดูแลใกล้ชิดก็ไม่อาจทำให้ผู้ป่วยคลายความรู้สึกโดดเดี่ยวได้ เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์พยาบาลกับญาติ ความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการปฏิบัติ ความแตกต่างระหว่างเพศทำให้การดูแลไม่เท่ากัน (กนกรัตน์, 2547) การได้รับข้อมูลแรกรับเพียงครั้งเดียว และไม่ต่อเนื่อง มีผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและกลัวว่าการดูแลของตนเองจะมีผลต่อการทำงานของอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย (สมฤทัย, 2552) จึงได้แต่นั่งมองดูใกล้ๆ แต่ไม่กล้าสัมผัสผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว และกลัวตายจากสภาพแวดล้อมที่เผชิญอยู่ จากการศึกษาของอรุณีภา และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกแวดล้อมไปด้วยผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ใกล้ตาย เป็นเรื่องยากที่จะรอดชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการกลัว ประกอบกับการต้องนอนอยู่คนเดียวในช่วงเวลาที่ไม่ถึงเวลาของการเข้าเยี่ยม ยิ่งทำให้เกิดความโดดเดี่ยว และกลัวตาย เป็นความรู้สึกที่ทุกข์ทรมานจากการถูกแวดล้อมด้วยคนใกล้ตาย และความตาย เป็นการเร้าอารมณ์ทำให้ส่งผลต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเยียวยาความรู้สึกความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ประกอบกับพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ตลอด 24 ชั่วโมง จึงรับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ก่อนทีมสุขภาพอื่น และสามารถเข้าถึงได้รวดเร็วกว่าในการให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาให้กับผู้ป่วย

การได้รับข้อมูล เมื่อบุคคลไม่มีความเข้าใจหรือไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์คุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ บุคคลนั้นจะไม่มีแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อเหตุการณ์คุกคามดังกล่าว ส่งผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่ค่อนข้างรุนแรง ได้แก่ ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ปวด และวิตกกังวลที่รุนแรง (Leventhal & Johnson, 1983; Johnson, 1999) เมื่อผู้ป่วยไม่มีข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวุ่น วุ่นวาย และสับสนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไปในทางที่ไม่ดีไว้ล่วงหน้า ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Jarvis, 1992) แต่การให้ข้อมูลที่ทันทีที่เริ่มรู้สึกตัวนั้น ผู้ป่วยอาจจะอยู่ในสภาวะที่สับสน จึงควรให้ข้อมูลซ้ำแก่ผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความเข้าใจ และการให้ความร่วมมือ (วราภรณ์, 2544) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความจริง ปราศจากความคลุมเครือ และเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยต่อสถานการณ์ต่างๆ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์การดูแลรักษาและลักษณะสภาพแวดล้อม ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและสาเหตุของความรู้สึกที่ต้องเผชิญ และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ พร้อมทั้งมีความสนใจในการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในลักษณะที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เกิดกระบวนการคิดการเข้าใจในลักษณะของการแก้ไขปัญหา เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์ แสดงออกทางพฤติกรรม

ที่เหมาะสม ลดความสนใจการรับรู้ความเป็นจริงในลักษณะที่เป็นนามธรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญเป็นสถานการณ์ที่คุกคามน้อยลง ทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์น้อยลง รู้สึกทุกข์ทรมานลดลง ดังการศึกษาของเกซินี, เพชรไสว, พรรณงาม, และสุมน (2548) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด ค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมาน และค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของแม็กไกร, วอลซ์ และลิตเติล (Maguire, Walsh & Little, 2004) พบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1 และเพิ่มการฝึกการหายใจลึกๆ และเทคนิคการกลืนกลืน มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความทุกข์ขณะต้องกลืนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ ความรู้ความเข้าใจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับบุคคลเพราะช่วยทำให้บุคคลมีความรู้สึถึงความสามารถในการควบคุมตนเองได้มากขึ้น ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น (วิจิตรา, 2553)

การสนับสนุนของครอบครัว เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่จะช่วยลดการเร้าทางอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการคาท้อช่วยหายใจทางปากต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ-จิตวิญญาณ การได้รับการสนับสนุนของครอบครัวจึงเป็นการเติมเต็มความรู้สึกที่สูญเสียสิ่งต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วย เปรียบเสมือนเป็นแหล่งพลังที่คอยกระตุ้นให้ตอบสนองไปในทางบวก เกิดการปรับตัวในทางที่ดีทำให้ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานแม้แต่ความวิตกกังวลที่เผชิญอยู่สามารถบรรเทาลงได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากการได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกไว้วางใจ และมีกำลังใจต่อสู้กับปัญหาขณะเจ็บป่วยได้ (วิจิตรา, 2553) ผู้ป่วยที่ได้รับการคาท้อช่วยหายใจทางปากจึงมีความต้องการให้ลูกหลาน คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยได้แสดงความรัก ความห่วงใย ให้กำลังใจ และความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (চারতিথ্য, 2541; ภัทรพร, 2544; อรนิภา, สุภาภรณ์ และ อารณ, 2554) เพอร์รี่และพอตเตอร์ (Perry & Potter, 2002) พบว่าการขาดการสนับสนุนของครอบครัวเมื่อยามเจ็บป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกังวลใจและเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ให้การดูแล ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะส่งผลให้สามารถเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดในภาวะวิกฤตได้ดี มีความพร้อมที่จะปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวยังสะท้อนให้เห็นถึงการมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้นของผู้ป่วยอีกด้วย ดังนั้นการส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ใช้เวลาในการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย นับว่าเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดที่อยู่ในภาวะวิกฤต และใส่ท่อ

ช่วยหายใจมีความพร้อมที่จะปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง (อมรรัตน์, 2549)

จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของอมรรัตน์ (2549) พบว่า การมีแรงสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้ ส่วนการศึกษาของพิกุล (2549) พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเมื่อมีญาติคอยอยู่ดูแล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบาย มีสีหน้าที่แจ่มใส มีกำลังใจ ให้ความร่วมมือในการพยาบาล ความรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบาย ลดความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ (ลิวรรณ และคณะ, 2552) เป็นลดการเรื้อรังทางอารมณ์ทำให้มีความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ขณะเข้าเยี่ยมนับเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแล้วอีกรูปแบบหนึ่ง ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน และส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีการปรับตัว ลดความวิตกกังวล เพิ่มความพึงพอใจได้อีกด้วยดังการศึกษาของ สุทธิณี และชนกพร (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยหนัก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การให้ข้อมูลและการสนับสนุนของครอบครัว ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย (Papathanasoglou, 2010) การได้รับข้อมูลหรือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ ทำให้แปลความหมายของเหตุการณ์ได้ถูกต้อง เกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามได้ (Leventhal & Johnson, 1983; Johnson, 1999) ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนของครอบครัวเกิดเป็นความรู้สึกถึงการมีพลังอำนาจ สามารถดึงศักยภาพภายในตัวออกมาเพื่อควบคุมตนเอง จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม และเพิ่มความแข็งแกร่ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองรู้สึกมีคุณค่า มีความหวัง ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก จะมีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจเหมือนกัน ประกอบด้วยดังนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยที่ผลต่อการรับรู้ และการแสดงออกต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานที่แตกต่างกันในแง่ของการเสื่อมถอยของร่างกายโดยผู้สูงอายุมีความเสื่อมของเซลล์ประสาทในส่วนของ dorsal column ส่วนในเด็กระบบประสาทรับรู้ความปวดยังพัฒนาไม่เต็มที่ จึงรับรู้ความทุกข์ทรมานจากความปวดไม่ได้หรือได้แต่ช้าลง (อรัญญา และนิยา, 2545) แต่ความรุนแรงของความปวดไม่ได้ลดลง จากการศึกษาของเลอร์, ชานส์, โลฟส์, ดีลแมน, กริทเซน และชเวฟลิง (Leur, Schans, Loef, Deelman, Geertzen, & Zwaveling, 2005) ในผู้ป่วยที่มีประประสพการณ์ในการรักษาด้วยการคาท้อช่วยหายใจใช้เครื่องช่วยหายใจ และพักรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีการรายงานถึงอาการปวดจากความทุกข์ทรมานบ่อยครั้งกว่าผู้ที่มีอายุมาก

2. เพศ ผู้หญิงมีการแสดงออกถึงความทุกข์ทรมาน ความหวาดกลัวจากการใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่าผู้ชาย ซึ่งผู้หญิงได้แสดงออกถึงความอดทนที่มีน้อยกว่า โดยแสดงลักษณะของพฤติกรรม คือ การหายใจไม่ออก (Davies, 2007) และจากการศึกษาของเบิร์น เอลฟันท์ และควอทานา (Burns, Elfant & Quartana, 2010) เกี่ยวกับความเจ็บปวดและความรู้สึกในระหว่างเกิดอาการปวด:ความแตกต่างทางเพศในการตอบสนองความเจ็บปวด พบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มรายงานความรุนแรงของความเจ็บปวดมากกว่าผู้ชาย และผู้หญิงมีการใช้ยาเพื่อควบคุมระงับอาการปวดมากขึ้นกว่าผู้ชาย

แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสไวส์ และเบดเรน (Swais & Badran, 2004) กลับพบว่าผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก มีความทรงจำเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่สึกสบายจากท่อช่วยหายใจ ความกลัว ปวด ความรู้สึกไม่สบายจากการคาสายให้อาหาร ความลำบากในการสื่อสาร ผื่นร้าย ซึ่งไม่มีประสบการณ์ใดในการศึกษามีความสัมพันธ์กับอายุและเพศ

3. ระดับการศึกษา ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรค และภาวะของสุขภาพได้เป็นอย่างดี (Perry & Potter &, 2002) ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคลได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงแหล่งความรู้ หรือข้อมูลอื่นๆ ที่จะนำไปพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา จากการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่มีระดับการศึกษาสูงพบว่ามีความทุกข์ทรมานในระดับที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย (Schover et al., 1995 อ้างตามศิริจันทร์, 2547) ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานผู้ป่วยหนัก พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความต้องการ การดูแลอย่างใกล้ชิดและการดูแลที่เอื้อต่อความสะดวกสบายมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง (Hoghaug, Fagermoen, & Lerdal, 2012)

4. อาการหรือภาวะของโรค มีผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยต้องคาท่อช่วยหายใจนานขึ้น ส่งผลต่อการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมาน จากการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2551) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีการคาท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลาที่นาน อย่างน้อย 14 วันขึ้นไป พบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดขณะคาท่อช่วยหายใจ พุดไม่ได้ นอนหลับไม่เพียงพอ ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ สร้างความลำบากแก่ครอบครัว จากการศึกษาของสุพิศตรา (2536) เกี่ยวกับเรื่องระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 110 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานมากกว่า 5 วัน จะมีอาการเจ็บคอจากการคาท่อช่วยหายใจ และมีความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจน้อยกว่า 5 วัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลาที่นาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวลที่สืบเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์การคาท่อช่วยหายใจที่ยาวนานทำให้รู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบาย หายใจไม่ออก สื่อสารลำบาก นอนไม่หลับ (Rotondi, Chelluri, Sirio, Mendelshn, Schulz & Bell, et al., 2002)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลต้องให้ความสนใจในปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากให้มีความทุกข์ทรมานลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงข้ามหากให้การดูแลโดยไม่คำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้การบรรเทาความทุกข์ทรมานได้ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยบางประการในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยด้านร่างกายกลุ่มตัวอย่างมีเพศเดียวกัน อายุไม่ต่างกันเกิน 5 ปี มีประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรกเหมือนกัน มีสาเหตุของการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเหมือนหรือใกล้เคียงกัน ระยะเวลาในการคาท่อช่วยหายใจใกล้เคียงกัน ด้านสิ่งแวดล้อมได้รับมาตรฐานเดียวกันในการดูแล ซึ่งหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยอายุกรรมใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจเดียวกันที่สร้างขึ้น โดยกลุ่มงานฝ่ายการพยาบาล

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจทางปากมักเป็นผู้ป่วยในระยะวิกฤตต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ-จิตวิญญาณ ถือเป็นภาวะคุกคามสำหรับผู้ป่วย ซึ่งความทุกข์ทรมานดังกล่าวหากไม่รีบขจัดให้ลดลงอาจส่งต่อการฟื้นฟูของร่างกายได้ เนื่องจากบุคคลเป็นองค์รวม ประกอบด้วย กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่ต้องเผชิญระหว่างได้รับการรักษาจากการคาท่อช่วยหายใจทางปาก โดยการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเลือกใช้วิธีในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ถุกคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการได้รับการช่วยเหลือให้มีความสุขสบายทั่วไป และได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวขณะที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์น้อยลงนำไปสู่ความรู้สึกรวมทุกข์ที่ลดลงนั่นเอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษา 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยวัดทั้งก่อนและหลังทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม (pretest-posttest, control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก สำหรับวิธีดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย สถานที่ศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ วิธีการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับดังรายละเอียดต่อไปนี้

สถานที่ศึกษา

ศึกษาในหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยอายุกรรมในโรงพยาบาลสงขลา ซึ่งหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก มีจำนวนเตียง 8 เตียง ให้การดูแลแบบเฉพาะรายโดยพยาบาล 1 คน ให้การพยาบาลผู้ป่วย 2-3 คน ญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ตลอด 24 ชั่วโมง ยกเว้นช่วงเวลาที่มีการทำหัตถการและกิจกรรมการรักษาพยาบาล โดยจะอนุญาตให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยางเป็นต้น ส่วนหอผู้ป่วยอายุกรรมมีจำนวนเตียง 30-40 เตียง จำนวนพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับความหนักเบาของอาการผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ต้องคาท่อช่วยหายใจพยาบาลอนุญาตให้ญาติอยู่เฝ้าได้ ยกเว้นช่วงเวลาที่มีการทำหัตถการและกิจกรรมการรักษาพยาบาล ซึ่งทั้งห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยอายุกรรมมีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่มีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย และเข้าเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอติดต่อกัน 3 วัน วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง ไม่แตกต่างกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยอายุกรรมที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุกรรม หน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุกรรมที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุกรรม หน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ (inclusion criteria)

1. ไม่จำกัดเพศ อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเป็นครั้งแรก
3. มีระดับความรู้สึกตัวดีโดยการประเมินกลาสโก โคม่า สเกล (Glasgow Coma Scale) คือ การลืมตา (eyes opening: E) การเคลื่อนไหว (motor response: M) และการพูด (verbal response: V) ผลรวมของคะแนนจากการประเมินผู้ป่วยต้องได้คะแนนเต็ม 10T
4. ผ่านพ้นระยะวิกฤตโดยประเมินจากสัญญาณชีพ (vital sign) ได้แก่ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่ต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาทีหรือสูงกว่า 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจไม่ต่ำกว่า 16 ครั้ง/นาที หรือสูงกว่า 30 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส
5. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้
6. มีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ซึ่งได้รับเลือกมาจากสมาชิกในครอบครัวว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับผู้วิจัยได้ติดต่อกัน 3 วัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-40 นาที

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

ผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจก่อนครบการทดลอง 3 วัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมคัดออกจำนวน 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออก และมีอาการเข้าสู่ภาวะวิกฤต

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ โพลิต และเบค (Polit & Beck, 2008) โดยการกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 โดยขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.80 ในการกำหนดค่า effect size ได้ศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมา และใกล้เคียงที่สุด คืองานวิจัยของเกศินี

(2547) เรื่องผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งคำนวณค่า effect size ได้ 1.80 (ภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นค่าที่สูง (large effect size) ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาใดนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยวัดผลลัพธ์ความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้การศึกษาครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงลดค่า effect size เท่ากับ 0.80 เพื่อเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปิดตารางการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 รายต่อกลุ่ม

การเลือกและการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถกำหนดกรอบการสุ่มกลุ่มตัวอย่างให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้พร้อมกัน ผู้วิจัยจึงทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติข้างต้นและเพื่อควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นอิสระจากกัน จึงได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 25 รายต่อมา จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวตามที่ผู้วิจัยได้จัดรูปแบบขึ้นพร้อมกับการได้รับการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวนผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจใกล้เคียงกัน และมีสาเหตุของการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว โดยผู้วิจัยแสดงบทบาทเป็นผู้สอน และผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ประสานงาน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด ดังนี้

1.1 แผนการพยาบาลผู้ป่วยเรื่อง การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความรู้สึกทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1.1.1 การประเมินปัญหา

ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พิจารณาจากระดับความรู้สึก การรับรู้ปกติ สัญญาณชีพปกติ และยินยอมรับฟังข้อมูลจากพยาบาล ซึ่งแจ้งรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากการคาท่อ

ช่วยหายใจ ในช่วงเช้า เวลา 07:00 - 09:00 น. พร้อมซักถามผู้ป่วยถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานที่ผ่านมา แล้วนำไปวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การกำหนดปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยที่คาบอช่วยหายใจทางปาก

การเตรียมความพร้อมสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์การดูแลรักษา ได้แก่ อาการของผู้ป่วย แผนการรักษา 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและสาเหตุของความรู้สึกที่ต้องเผชิญ ได้แก่ ความรู้สึกและสาเหตุของความรู้สึกขณะมีท่อช่วยหายใจคาบปากและ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยม ได้แก่ การช่วยเหลือส่งเสริมความสุขสบายทั่วไปด้านร่างกาย การสนับสนุนให้กำลังใจ พร้อมแจกคู่มือ ใ้ศึกษาต่อ นัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับผู้วิจัยเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน วันละ 2 ครั้งในช่วงเช้า เวลา 07:00 - 09:00 น. และช่วงบ่าย เวลา 12:00 - 14:00 น. โดยใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาทีต่อครั้ง

1.1.2 การวางแผนและการพยาบาล

จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหของผู้ป่วย โดยให้อำนาจอิสระแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ดังนี้

ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับช่วงเวลาลำดับเหตุการณ์การดูแลรักษา ได้แก่ อาการของผู้ป่วย แผนการรักษา กฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย 2) ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะสภาพแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย 3) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและสาเหตุของความรู้สึกที่ต้องเผชิญ ได้แก่ ความรู้สึกขณะมีท่อช่วยหายใจคาบปาก ความรู้สึกขณะได้รับการดูแลและ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการและรายงานความปวด การผ่อนคลายเพื่อบรรเทาปวดและส่งเสริมการนอนหลับ การบรรเทาอาการปวดด้วยเทคนิคการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว

การสนับสนุนของครอบครัว เป็นการให้ความช่วยเหลือให้มีความสุขสบายทั่วไป และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมโดยสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย และคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน วันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้า เวลา 07:00 - 09:00 น. และช่วงบ่าย เวลา 12:00 - 14:00 น. โดยใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาทีต่อครั้ง ประกอบด้วย การช่วยเหลือให้มีความสุขสบายทั่วไป ได้แก่ การบิบนวด เช็ดหน้า เช็ดน้ำลาย จิบน้ำ ให้ออมน้ำแข็ง ห่มผ้า ช่วยพลิกตะแคงตัวหรือช่วยจัดท่านอน ปรับหัวเตียง ช่วยเหลือให้

ผู้ป่วยเป็นอิสระจากการผูกมัดร่างกายในขณะที่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ช่วยเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยในการรายงานอาการปวดทุกข์ทรมานให้พยาบาลทราบ และการสนับสนุนด้านกำลังใจ ได้แก่ การเข้าเยี่ยมและไต่ถามอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ แสดงความรักและความห่วงใย (โอบกอด จับมือ) ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายโดยการเปิดเพลงให้ฟัง ดูทีวี ช่วยบิบนวด อ่านหนังสือหรืออ่านบทสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง ช่วยสัมผัสขณะผู้ป่วยได้รับการดูแล หูตบเบาใจ ชมเชย ให้กำลังใจ นำสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจมาให้ผู้ป่วย สนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา

1.1.3 การติดตามประเมินผลการพยาบาล

ด้านผู้ป่วย ได้รับการประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานที่ได้รับขณะคาท่อช่วยหายใจทางปาก โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากการคาท่อช่วยหายใจ ในช่วงเช้า เวลา 07:00-09:00 น. พร้อมซักถามผู้ป่วยถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานที่ผ่านมา หลังจากได้รับการพยาบาลในวันก่อนหน้า เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาคาท่อช่วยหายใจให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

ด้านสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับการติดตามขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย และคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

1.2 คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัว เรื่องการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก มีเนื้อหาประกอบด้วย การช่วยเหลือให้มีความสุขสบายทั่วไป ได้แก่ การบิบนวด เช็ดหน้า เช็ดน้ำลาย จิบน้ำ ให้อุณหภูมิห้อง ห่มผ้า ช่วยพลิกตะแคงตัวหรือช่วยจัดท่านอน ปรับหัวเตียง ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเป็นอิสระจากการผูกมัดร่างกายในขณะที่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ช่วยเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยในการรายงานอาการปวดทุกข์ทรมานให้พยาบาลทราบ และการสนับสนุนด้านกำลังใจ ได้แก่ การเข้าเยี่ยมและไต่ถามอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ แสดงความรักและความห่วงใย (โอบกอด จับมือ) ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายโดยการเปิดเพลงให้ฟัง ดูทีวี ช่วยบิบนวด อ่านหนังสือหรืออ่านบทสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง ช่วยสัมผัสขณะผู้ป่วยได้รับการดูแล หูตบเบาใจ ชมเชย ให้กำลังใจ นำสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจมาให้ผู้ป่วย สนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มีทั้งหมด 14 ข้อ เป็นส่วนที่ผู้วิจัยบันทึกด้วยตนเองจากการสอบถามจากผู้ป่วย

ก. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจจนถึงวันที่สิ้นสุดการทดลอง ประสิทธิภาพการใส่ท่อช่วยหายใจ การได้รับยาที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ยานอนหลับ ยาคลายเครียด และยาแก้ปวด

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย มีทั้งหมด 11 ข้อ เป็นส่วนที่สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเอง

ก. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจ กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยให้แก่ผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล ความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความทุกข์ทรมาน มี 2 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามแบบปลายเปิด และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจของเกสสินี (2547) ซึ่งเดิมมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ แต่คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจำนวน 4 ข้อ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยเพิ่มข้อคำถามอีก 11 ข้อ รวมเป็นข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ใช้ประเมินความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในช่วงก่อนและหลังการทดลอง แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ (1-5 คะแนน) ตั้งแต่ไม่มีเลย (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) โดยแต่ละข้อคำถามเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ผู้ป่วยเลือกตอบให้ตรงกับความรู้สึกของตนให้มากที่สุด

การแปลความหมายของคะแนนแบบสอบถามความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก จากคะแนนรวม 15-75 คะแนน นำมาหารจำนวนข้อ ซึ่งมี 15 ข้อ ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1-5 คะแนน จากนั้นแบ่งคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ได้จากค่าคะแนนสูงสุดลบค่าคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนชั้นที่แบ่ง (บุญใจ, 2550) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีความทุกข์ทรมาน
คะแนน 1.01 – 2.00	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานเล็กน้อย
คะแนน 2.01 – 3.00	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานปานกลาง
คะแนน 3.01 – 4.00	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานมาก
คะแนน 4.01 – 5.00	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้งหมด ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย 2) แผนการพยาบาลผู้ป่วยเรื่อง การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความรู้สึกลึกซึ้งที่ทรมาณในผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจทางปาก 3) คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัว เรื่องการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อลดความทุกข์ทรมาณในผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจทางปาก และ 4) แบบสอบถามความทุกข์ทรมาณจากการคาต่อช่วยหายใจทางปาก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจ และมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับสื่อการสอน 3 ท่าน 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานชั้นสูง (APN) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรม มีความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา และความชัดเจนของข้อความและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 การตรวจสอบโดยการทดลองใช้ นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองทั้งหมดหลังจากผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษา มาทดลองใช้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย ตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ จำนวน 2 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง พร้อมซักถามความเข้าใจ สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยได้ ส่วนในด้านผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย เข้าใจและทำแบบสอบถามความทุกข์ทรมาณได้

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความทุกข์ทรมาณจากการคาต่อช่วยหายใจทางปากที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 20 ราย และคำนวณหาค่าความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 (ภาคผนวก ข)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตัว อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษา หรือการให้บริการพยาบาลที่จะได้รับแต่อย่างใด และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อสกุล นำเสนอข้อมูลในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือยินยอมด้วยวาจา (ดังภาคผนวก จ) ขณะทำการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีอาการหายใจเหนื่อย สัญญาณชีพผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูล และให้ความช่วยเหลือจนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกการแพทย์ในแฟ้มประวัติการดูแลรักษาของผู้ป่วย และจากการสอบถามตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย
2. ขออนุญาตแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกห้องผู้ป่วยหนัก และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
4. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 1 คน มีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจอย่างน้อย 5 ปี และมีความสนใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความทุกข์ทรมาน โดยการใช้แบบสอบถามความทุกข์ทรมาน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถาม และตอบข้อซักถาม ในระยะเวลาของการ

เก็บข้อมูลผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าคุณลักษณะตัวอย่างรายใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม เพื่อลดอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติข้างต้นและเพื่อควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระจากกัน จึงได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติในหอผู้ป่วย ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 25 รายต่อมา จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวและได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลประจำการเป็นผู้แนะนำตัวผู้วิจัยแก่ผู้ป่วย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ป่วยทราบ ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการวิจัยให้ผู้ป่วยทราบซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือถอดตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (ภาคผนวก จ)

6. สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการ ศึกษาครั้งนี้ พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม โดยผู้วิจัยได้ตอบข้อสงสัย ตลอดจนให้ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นตามบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล

7. ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นรายต่อรายและทำการรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด จัดเรียงตามลำดับ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งการทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลทั้งหมดในกลุ่มควบคุมก่อน หลังจากนั้นตามด้วยการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองมีวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีวิธีในการดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. วิธีดำเนินการในกลุ่มควบคุม

สมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลการปฐมนิเทศแรกรับตามปกติจากพยาบาลประจำการ ส่วนในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยทั้งหมด 4 ครั้ง ในช่วงเช้า (เวลา 07.00-09.00 น.) ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของการทดลอง)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยพิจารณาจากระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ปกติ สัญญาณชีพปกติ ในช่วงเช้า (เวลา 07.00-09.00 น.) ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินความทุกข์ทรมาน ครั้งที่ 1 (pre-test) โดยอ่านคำถามให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อ อธิบายการให้คะแนนความทุกข์ทรมาน มีทั้งหมด 5 ระดับ คือ ระดับแรก 1 คะแนน ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย จนถึงระดับที่ 5 เท่ากับ 5 คะแนน มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด พร้อมทั้งให้

คูแบบสอบถามและให้ผู้ป่วยชี้ลงบนตัวเลขระหว่าง 1-5 คะแนน ที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในพรุ่งนี้

2. ผู้วิจัยรายงานผลการประเมินความทุกข์ทรมานและความต้องการของผู้ป่วยให้พยาบาลประจำการทราบ

3. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

ครั้งที่ 2 - 4 (วันที่ 2 - 4 ของการทดลอง)

1. ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างประเมินสภาพความพร้อม โดยทั่วไปของผู้ป่วยและประเมินความทุกข์ทรมาน ครั้งที่ 2 - 4 (post-test) เหมือนกับในวันแรก

2. ผู้วิจัยรายงานผลการประเมินความทุกข์ทรมานและความต้องการของผู้ป่วยให้พยาบาลประจำการทราบ

3. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

2. วิธีดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของการทดลอง)

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยพิจารณาจากระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ปกติ สัญญาณชีพปกติ ในช่วงเช้า (เวลา 07.00-09.00 น.) ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินความทุกข์ทรมาน ครั้งที่ 1 (pre-test) โดยอ่านคำถามให้ผู้ผู้ป่วยฟังทีละข้อ เหมือนกับกลุ่มควบคุม และให้ผู้ผู้ป่วยชี้ลงบนตัวเลขระหว่าง 1-5 คะแนน ที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา หลังจากนั้นซักถามผู้ป่วยถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานที่ผ่านมา พร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น

2. ผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าร่วมสนับสนุนผู้ป่วย โดยการแจกคู่มือพร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก เมื่อมีข้อสงสัยหรือฟังไม่ทันสามารถซักถามได้ ผู้วิจัยพร้อมอธิบายให้ข้อมูลเพิ่มเติม หลังจากนั้นนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกันในช่วงเช้า เวลา 07.00 - 09.00 น. และช่วงบ่าย เวลา 12.00 - 14.00 น. เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวตามเวลาที่นัดในช่วงบ่ายเวลา 12.00 - 14.00 น. ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ขณะที่สมาชิกของผู้ป่วยอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย หลังจากผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยกระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงออกถึงการมีส่วนร่วมขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

4. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยจะรายงานผลการประเมินความทุกข์ทรมานและความต้องการของผู้ป่วยให้พยาบาลประจำการทราบ

ครั้งที่ 2 - 3 (วันที่ 2 - 3 ของการทดลอง)

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวตามเวลาที่นัดในช่วงเช้าเวลา 07.00 - 09.00 น. ผู้วิจัยประเมินสภาพความพร้อมโดยทั่วไปของผู้ป่วยก่อนประเมินระดับความทุกข์ทรมานครั้งที่ 2 - 3 (post-test) เหมือนวันแรก หลังจากนั้นซักถามผู้ป่วยถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานที่ผ่านมา ให้ข้อมูลพร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยกระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงออกถึงการมีส่วนร่วมขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวตามเวลาที่นัดในช่วงบ่ายเวลา 12.00 - 14.00 น. ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ขณะที่สมาชิกของผู้ป่วยอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย หลังจากผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยกระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงออกถึงการมีส่วนร่วมขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยจะรายงานผลการประเมินความทุกข์ทรมานและความต้องการของผู้ป่วยให้พยาบาลประจำการทราบ

ครั้งที่ 4 (วันที่ 4 ของการทดลอง)

1. ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับประเมินสภาพความพร้อมโดยทั่วไปก่อนประเมินความทุกข์ทรมาน ครั้งที่ 4 (post-test) โดยวิธีการประเมินเหมือนกับการประเมินความทุกข์ทรมานในครั้งแรก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test)

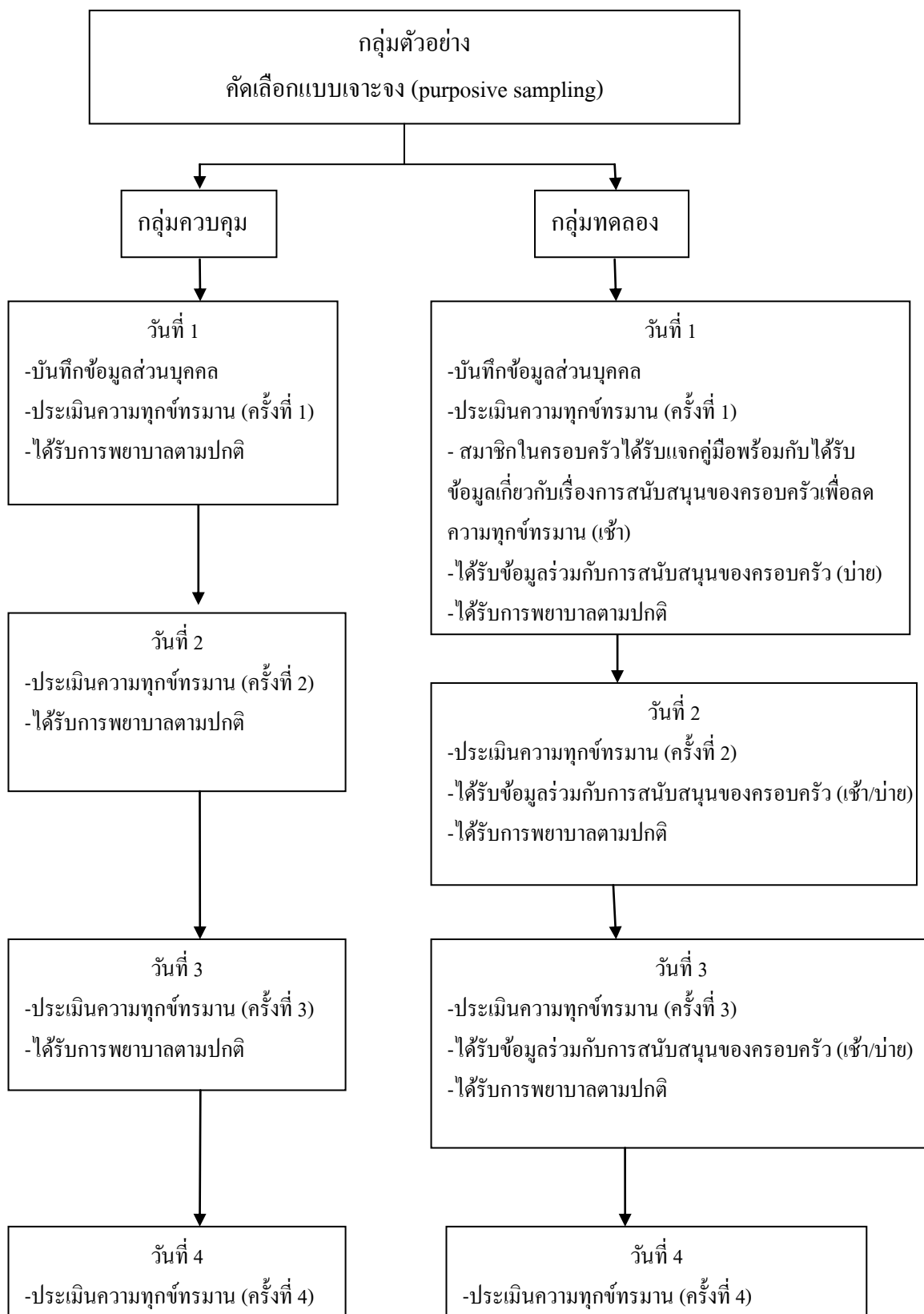
2. ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ (ภาคผนวก ก)

2.1 ทดสอบการแจกแจงปกติ (normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ชุดข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($p > .05$)

2.2 ทดสอบความแปรปรวน (homogeneity of variance) ระหว่างชุดข้อมูลในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Levene test พบว่า ความแปรปรวนของคะแนนความทุกข์ทรมานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน ($p > .05$) สามารถใช้ Univariate ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนได้ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงในการนำสถิติไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้สถิติทดสอบค่าที (independent t-test) และสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA) ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท้อช่วยหายใจทางปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ (independent t - test)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท้อช่วยหายใจทางปากของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA)



ภาพ 3 แสดงรายละเอียดขั้นตอนในการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจทางปาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้รับการคาท้อช่วยหายใจทางปากเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 อายุรกรรมหญิง 2 อายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 และหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2555 จำนวน 50 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ วัดผลก่อนการทดลอง และหลังการทดลองครั้งที่ 1, 2 และ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจทางปาก ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจทางปากในกลุ่มทดลองก่อนและหลังที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว

2.2 เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจทางปากระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 50 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ สาเหตุของการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใกล้เคียงกัน และทั้ง 2 กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย นำคุณสมบัติทั่วไปทั้งกลุ่มควบคุมและ

กลุ่มทดลองมาทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ผลการทดสอบนำเสนอในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 50$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.00	1.00 ^{ns}
หญิง	14	56	14	56		
ชาย	11	44	11	44		
อายุ (M = 68.04 ปี, SD = 13.507, Max = 84, Min = 30)					.00	1.0 ^{ns}
> 18 – 35 ปี	1	4	1	4		
> 35 – 60 ปี	6	24	6	24		
> 60 ปี	18	72	18	72		
สถานภาพ					.616	.735 ^{ns}
โสด	1	4	2	8		
คู่	15	60	16	64		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	9	36	7	28		
ศาสนา					.104	1.0 ^{ns}
พุทธ	19	76	18	72		
อิสลาม	6	24	7	28		
ระดับการศึกษา					4.494	.481 ^{ns}
ประถมศึกษา	18	72	19	76		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4	0	0		

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย Max = ค่าสูงสุด Min = ค่าน้อยที่สุด Med = มัชยฐาน (ทั้ง 2 กลุ่ม)

ns = not significant

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p
	(n = 25)		(n = 25)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา (ต่อ)						
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	16	1	4		
อนุปริญญาตรี	1	4	2	8		
ปริญญาตรี	1	4	2	8		
ปริญญาโท	0	0	1	4		
อาชีพ					3.413	.332 ^{ns}
ไม่ประกอบอาชีพ	19	76	15	60		
ข้าราชการ	1	4	4	16		
รับจ้าง	4	16	3	12		
เกษตรกร	1	4	3	12		
รายได้เฉลี่ย (M = 10830 บาท/เดือน, SD = 7871.16, Max = 40000, Min = 3000)					2.019	.364 ^{ns}
3,000 – 15,000	22	88	18	72		
> 15,000 – 27,000	2	8	5	20		
> 27,000	1	4	2	8		
ความเพียงพอของรายได้					.786	.853 ^{ns}
เพียงพอและมีเงินเก็บ	6	24	8	32		
เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	5	20	3	12		
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	8	32	8	32		
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	6	24	6	24		
สิทธิการรักษาพยาบาล					1.067	.587 ^{ns}
ข้าราชการ	8	32	7	28		
ประกันสังคม	0	0	1	4		
ประกันสุขภาพ	17	68	17	68		

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Max = ค่าสูงสุด Min = ค่าน้อยที่สุด (2 กลุ่ม)

ns = not significant

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p
	(n = 25)		(n = 25)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สาเหตุการใส่ท่อช่วยหายใจ					.000	1.000 ^{ns}
หัวใจล้มเหลว	12	48	12	48		
ปอดอักเสบ	5	20	5	20		
ถุงลมโป่งพอง	4	16	4	16		
หอบหืด	2	8	2	8		
ภาวะช็อก	2	8	2	8		
ขนาดของท่อช่วยหายใจ (M = 7.36, SD = .2864, Max = 8, Min = 6.5)					.095	1.000 ^{ns}
เบอร์ 6.5 - 7	7	28	8	32		
เบอร์ 7.5 - 8	18	72	17	68		
ความลึกของท่อช่วยหายใจ (M = 20.96 เซนติเมตร, SD = 1.195, Max = 24, Min = 18)						
18 - 20	9	36	13	52	1.319	.517 ^{ns}
> 20 - 22	13	52	10	40		
> 22	3	12	2	8		
จำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจจนถึงวันแรกของการทดลอง (M = 4.24 วัน, SD = 2.56, Max = 13 วัน, Min = 1 วัน)						
1 - 5	21	84	19	76	2.10	.350 ^{ns}
6 - 10	3	12	6	24		
> 10	1	4	0	0		
ยาระงับปวดที่ได้รับ (ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด)						
พาราเซตามอล	25	100	25	100	.00	1.00 ^{ns}
ทรามอล	1	4	1	4	.00	1.00 ^{ns}
ยานอนหลับที่ได้รับ						
อะติแวน (Ativan)	4	16	2	8	.758	.667 ^{ns}

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Max = ค่าสูงสุด Min = ค่าน้อยที่สุด (2 กลุ่ม)

ns = not significant

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56) มีอายุเฉลี่ย ทั้ง 2 กลุ่มเท่ากับ 68.04 ปี (SD =13.06) ด้านสถานภาพสมรสกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 64) ด้านศาสนาในกลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 76) สูงกว่า กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 72) ด้านการศึกษา กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72) ต่ำกว่าในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 76) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองไม่ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 76) สูงกว่าในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อ เดือน 10,830 บาท (SD = 7871.16) ซึ่งไม่มีความเพียงพอแต่ไม่มีหนี้สินในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 32) ส่วนในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 32) มีรายได้ทั้งเพียงพอมีเงินเก็บและไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 68)

สำหรับการเจ็บป่วยและการรักษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการวินิจฉัยถึง สาเหตุของการใส่ท่อช่วยหายใจด้วยโรคหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 48) รองลงมาเป็นโรคปอดอักเสบ (ร้อยละ 20) ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากมีขนาดระหว่างเบอร์ 7.5 - 8 (ร้อยละ 72) สูงกว่าในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 68) ส่วนความลึกของท่อช่วยหายใจโดยเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม เท่ากับ 20.96 เซนติเมตร (SD =1.195) ระยะเวลาของการใส่ท่อช่วยหายใจถึงวันแรกของการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่มเฉลี่ย 4.24 วัน (SD = 2.56) กลุ่มตัวอย่างได้รับยาที่มีผลต่อการรับรู้ขณะได้รับการคาท่อช่วย หายใจ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มได้รับยามากกว่า 1 ชนิด ยาระงับปวดที่ได้รับ ได้แก่ พาราเซตามอล (ร้อยละ 100) ทรามอล (ร้อยละ 4) และยานอนหลับที่ได้รับ คือ อะติแวน ในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 16) สูงกว่ากลุ่ม ควบคุม (ร้อยละ 8)

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 50 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่ม ทดลอง 25 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในการมีบทบาทในการ ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ติดต่อกัน 3 วัน นำคุณสมบัติทั่วไปทั้งกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองมาทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ผลการทดสอบนำเสนอ ในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					1.471	.364 ^{ns}
หญิง	19	76	15	60		
ชาย	6	24	10	40		
อายุ (M = 43.44 ปี, SD = 13.515, Max = 80, Min = 23)					3.044	.218 ^{ns}
> 18 – 35 ปี	8	32	7	28		
> 35 – 60 ปี	16	64	13	52		
> 60 ปี	1	4	5	20		
สถานภาพ					3.683	.159 ^{ns}
โสด	3	12	8	32		
คู่	17	68	15	60		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	20	2	8		
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย					2.673	.445 ^{ns}
บิดา-มารดา	2	8	0	0		
คู่สมรส	4	16	3	12		
ญาติ-พี่น้อง	3	12	5	20		
บุตร	16	64	17	68		
ศาสนา					.104	1.00 ^{ns}
พุทธ	19	76	18	72		
อิสลาม	6	24	7	28		
ระดับการศึกษา					8.796	.117 ^{ns}
ประถมศึกษา	13	52	7	28		

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Max = ค่าสูงสุด Min = ค่าน้อยที่สุด (2 กลุ่ม)

ns = not significant

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p
	(n = 25)		(n = 25)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา (ต่อ)					8.796	.117 ^{ns}
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4	5	20		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4	4	16		
อนุปริญญาตรี	0	0	7	28		
ปริญญาตรี	10	40	1	4		
ปริญญาโท	0	0	1	4		
อาชีพ					5.458	.243 ^{ns}
ไม่ประกอบอาชีพ	4	16	2	8		
ข้าราชการ	4	16	2	8		
รับจ้าง	10	40	11	44		
เกษตรกร	0	0	4	16		
ธุรกิจส่วนตัว	7	28	6	24		
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน) (M = 16640 บาท/เดือน, SD = 13916.31, Max = 70000, Min = 3000)						
3,000 – 25,000	21	84	18	72	5.009	.082 ^{ns}
> 25,000 – 47,000	2	8	7	28		
> 47,000	2	8	0	0		
ความเพียงพอของรายได้					.877	.831 ^{ns}
เพียงพอและมีเงินเก็บ	5	20	7	28		
เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	6	24	4	16		
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	8	32	7	28		
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	6	24	7	28		
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจทางปาก						
ไม่มี	22	88	23	92	.222	1.00 ^{ns}
มี	3	12	2	8		

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Max = ค่าสูงสุด Min = ค่าน้อยที่สุด (2 กลุ่ม)

ns = not significant

จากตาราง 2 ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นเพศหญิงในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 76) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60) มีอายุเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มเท่ากับ 43.44 ปี (SD =13.515) ด้านสภาพสมรรถกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68) สูงกว่าส่วนกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60) ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเป็นบุตรในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 64) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 68) ทั้ง 2 กลุ่มนับถือศาสนาพุทธในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 76) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 72) ด้านการศึกษา กลุ่มทดลองมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 28) ทั้ง 2 กลุ่มประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 40) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 44) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 16,640 บาท (SD = 13916.31) ซึ่งในกลุ่มทดลองไม่มีความเพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 32) ส่วนในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 28) มีทั้งเพียงพอมีเงินเก็บ ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน และไม่เพียงพอมีหนี้สิน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 88) และในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 92)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จากการศึกษาโดยใช้คำถามปลายเปิดสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานในแต่ละวันของการทดลองรวม 4 วัน พบว่าผู้ป่วยให้ข้อมูลตรงกันถึงสาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน 3 อันดับแรก ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองครั้งที่ 1-2 ประกอบด้วย 1) อาการเจ็บปวดจากการคาต่อช่วยหายใจทางปาก 2) กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษาและ 3) หิวน้ำ ส่วนหลังการทดลองครั้งที่ 3 สาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน 3 อันดับแรก ประกอบด้วย 1) อาการเจ็บปวดจากการคาต่อช่วยหายใจทางปาก 2) กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษาและ 3) การไม่ได้กลับบ้าน ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองครั้งที่ 1-3 มีสาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน 3 อันดับแรกตรงกันกับกลุ่มทดลอง แต่ต่างกันที่จำนวนผู้ป่วยโดยในกลุ่มควบคุมมีการรายงานความรู้สึกทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง (ตาราง 3-4)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกความรู้สึกทุกข์ทรมานในแต่ละวัน

ความรู้สึกทุกข์ทรมาน	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1)		
(n = 25)		
เจ็บคอ	15	60.00
ระดับความปวดมากที่สุด	7	46.67
ระดับความปวดมาก	6	40.00
ระดับความปวดเล็กน้อย	2	13.33
กังวลเกี่ยวกับอาการ	8	32.00
ช่วงเวลาที่เอาท่อช่วยหายใจออก	6	75.00
อาการหายใจเหนื่อย	2	25.00
หิวน้ำ	5	20.00
ครั้งที่ 1 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 24) (หลังการทดลอง)		
เจ็บคอ	11	45.83
ระดับความปวดมากที่สุด	5	45.45
ระดับความปวดมาก	3	27.27
ระดับความปวดเล็กน้อย	3	27.27
กังวลเกี่ยวกับอาการ	10	41.67
ช่วงเวลาที่เอาท่อช่วยหายใจออก	8	80.00
หายใจเหนื่อย	2	20.00
หิวน้ำ	7	29.16
ครั้งที่ 2 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 15) (หลังการทดลอง)		
เจ็บคอ	7	46.66
ระดับความปวดมากที่สุด	5	71.43
ระดับความปวดมาก	1	14.28
ระดับความปวดปานกลาง	1	14.28

ตาราง 3 (ต่อ)

ความรู้สึกทุกข์ทรมาน	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษา	6	40.00
ช่วงเวลาที่เฝ้าเอาท่อช่วยหายใจออก	5	83.33
เสมหะมาก	1	16.66
หิวน้ำ	2	13.33
กลับบ้าน	2	13.33
ครั้งที่ 3 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 17)	(หลังการทดลอง)	
กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษา	8	53.33
ช่วงเวลาที่เฝ้าเอาท่อช่วยหายใจออก	7	87.50
เกี่ยวกับอาการหายใจเหนื่อย	1	12.50
กลับบ้าน	5	29.41
เจ็บคอ	2	11.76
ระดับความปวดมากที่สุด	1	50.00
ระดับความปวดเล็กน้อย	1	50.00

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมจำแนกความรู้สึกทุกข์ทรมานในแต่ละวัน

ความรู้สึกทุกข์ทรมาน	กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1)		
(n = 25)		
เจ็บคอ	16	64.00
ระดับความปวดมากที่สุด	10	62.50
ระดับความปวดมาก	3	18.75
ระดับความปวดปานกลาง	2	12.50
ระดับความปวดเล็กน้อย	1	6.25

ตาราง 4 (ต่อ)

ความรู้สึกทุกข์ทรมาน	กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ
กังวลเกี่ยวกับอาการ	6	24.00
ช่วงเวลาที่เฝ้าหยาที่ช่วยหายใจออก	4	66.66
อาการหายใจเหนื่อย	1	16.67
อาการแน่นหน้าอก	1	16.67
หิวน้ำ	2	8.00
อยากกลับบ้าน	2	8.00
ครั้งที่ 1 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 25)	(หลังการทดลอง)	
เจ็บคอ	14	56.00
ระดับความปวดมากที่สุด	6	42.86
ระดับความปวดมาก	5	35.71
ระดับความปวดปานกลาง	3	21.43
กังวลเกี่ยวกับอาการและการเข้าเยี่ยม	5	20.00
ช่วงเวลาที่เฝ้าหยาที่ช่วยหายใจออก	3	60.00
แน่นหน้าอก	1	20.00
กังวลเกี่ยวกับการเข้าเยี่ยม	1	20.00
กลับบ้าน	4	16.00
หิวน้ำ	3	12.00
ครั้งที่ 2 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 19)	(หลังการทดลอง)	
เจ็บคอ	10	52.63
ระดับความปวดมากที่สุด	5	50.00
ระดับความปวดมาก	4	40.00
ระดับความปวดเล็กน้อย	1	10.00
กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษา	7	36.84
ช่วงเวลาที่เฝ้าหยาที่ช่วยหายใจออก	5	71.44
หายใจไม่ออก	1	14.28
หายใจเหนื่อย	1	14.28
หิวน้ำ	4	21.05

ตาราง 4 (ต่อ)

ความรู้สึกทุกขั้ทรมาณ	กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งที่ 3 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 21) (หลังการทดลอง)		
เจ็บคอ	11	52.38
ระดับความปวดมากที่สุด	3	27.27
ระดับความปวดมาก	6	54.54
ระดับความปวดปานกลาง	2	18.18
กังวลเกี่ยวกับอาการ	8	38.09
ช่วงเวลาที่เฝ้าเอาท่อช่วยหายใจออก	5	62.50
หายใจเหนื่อย	2	25.00
แน่นหน้าอก	1	12.50
กลับบ้าน	5	23.80

ข้อมูลความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม โดยการสอบถามจากสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนการทดลอง พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม (ร้อยละ 100) (ดังภาพ 5)

ตาราง 5

จำนวนครั้งและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม (N = 50)

ความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบความต้องการได้มากกว่า 1)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องการข้อมูลคำแนะนำ	13	52	18	72
ต้องการให้พยาบาลเข้ามาดูบ่อยๆ	14	56	9	32
ต้องการให้พยาบาลมาอยู่ใกล้ๆและให้คำแนะนำต่างๆ	1	4	2	8
ต้องการพยาบาลเมื่อเรียก	1	4	2	8

จากตาราง 5 ศึกษาความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 25 ราย (ร้อยละ 100) มีความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม ซึ่งส่วนใหญ่ 14 ราย (ร้อยละ 56) มีความต้องการให้พยาบาลเข้ามาดูบ่อยๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) เพื่อให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา การปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยม การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ อธิบายเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่างๆ ที่ติดกับตัวผู้ป่วย 2) เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เข้ามาพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย คอยสังเกตสอบถามอาการผิดปกติของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การดูแลเสมหะ 3) เพื่อให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแล โดยการเอื้ออำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในสิ่งที่ญาติทำเองไม่ได้ ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทางสายยาง การเช็ดตัว วิธีการสื่อสาร อีก 13 ราย (ร้อยละ 52) ต้องการข้อมูลคำแนะนำจากพยาบาล ในเรื่องของการสอน สาธิต และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติ การพูดคุย การเช็ดตัว การจัดทำนอน การป้องกันโรคและ 1 ราย (ร้อยละ 4) ต้องการให้พยาบาลมาอยู่ใกล้ๆ ร่วมกับให้คำแนะนำต่างๆ และต้องการพยาบาลเมื่อเรียก โดยต้องการให้พยาบาลเข้ามาหาเร็วๆ เมื่อถูกเรียก

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม 25 ราย (ร้อยละ 100) มีความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม ซึ่งส่วนใหญ่ 18 ราย (ร้อยละ 72) ต้องการข้อมูลคำแนะนำจากพยาบาล เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยม ได้แก่ การสอนและสาธิตวิธีการให้อาหาร การเช็ดตัว การพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่าทางผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและไม่สร้างความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย คำแนะนำเกี่ยวกับอุปกรณ์ กฏระเบียบข้อห้ามต่างๆ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่ต้องไปตามพยาบาล รองลงมา 9 ราย (ร้อยละ 36) ต้องการให้พยาบาลเข้ามาดูบ่อยๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) เพื่อกล่าวทักทาย พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่ไพเราะ ให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยม 2) เพื่อคอยสังเกตอาการผิดปกติและให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลเสมหะ 3) เพื่อคอยช่วยเหลือญาติในขณะดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เช็ดตัว พลิกตะแคงอีก 2 ราย (ร้อยละ 8) ต้องการให้พยาบาลมาอยู่ใกล้ๆ ร่วมกับให้คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมและให้พยาบาลคอยเป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือญาติขณะดูแลผู้ป่วย และมี 2 ราย (ร้อยละ 8) ต้องการพยาบาลเมื่อเรียก โดยต้องการให้พยาบาลเข้ามาหาเร็วๆ เมื่อถูกเรียก โดยแสดงท่าทางที่เป็นมิตร

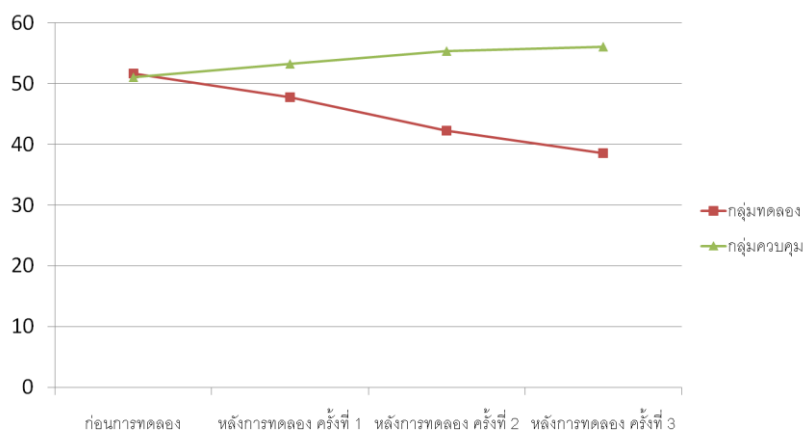
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ลาต่อช่วยหายใจทางปาก ดังนี้

ก่อนทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทดสอบค่าที (independent t-test) และสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA) ผู้วิจัยนำคะแนนความทุกข์ทรมานในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองไปทดสอบการแจกแจงปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov: K-S test พบว่า คะแนนความทุกข์ทรมานของทั้ง 2 กลุ่ม มีการกระจายของข้อมูลปกติ เมื่อพิจารณาจากตาราง One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ค่า Asymp. Sig. (2-tailed) = Sig > .05 หมายความว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก ค1) และทดสอบความแตกต่างของค่าความแปรปรวนระหว่างคะแนนความทุกข์ทรมานทั้ง 2 กลุ่ม (homogeneity of variance) โดยใช้สถิติ Levene test พบว่าค่า F = .615, .302, .154 และ 2.427 ตามลำดับ ทั้งหมดมีค่า Sig > .05 หมายความว่า ความแปรปรวนของคะแนนความทุกข์ทรมานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาคผนวก ค2) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบค่าทีและสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความทุกข์ทรมานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 50)

ความทุกข์ทรมาน	กลุ่มทดลอง (n=25)			กลุ่มควบคุม (n=25)		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ก่อนการทดลอง	51.72	8.15	มาก	51.04	10.13	มาก
หลังการทดลองครั้งที่ 1	47.76	7.95	มาก	53.24	9.01	มาก
หลังการทดลองครั้งที่ 2	42.28	8.39	ปานกลาง	55.36	9.15	มาก
หลังการทดลองครั้งที่ 3	38.52	7.18	ปานกลาง	56.08	9.22	มาก



ภาพ 4 กราฟแสดงเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากในแต่ละช่วงเวลาของการวัดในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

จากตาราง 6 พบว่า ในระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก 51.72 (SD = 8.15), 51.04 (SD = 10.13) ตามลำดับ ในระยะหลังการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงตั้งแต่หลังการทดลองครั้งที่ 1, 2 และ 3 ส่วนในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นสรุปได้ว่า ในระยะหลังการทดลองครั้งที่ 1, 2 และ 3 ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ภาพ 4)

2.1 เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากในกลุ่มทดลองก่อนและหลังที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว

ก่อนการวิเคราะห์เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ Mauchly' s Test of Sphericity ซึ่งทดสอบ ผลการวิเคราะห์ Mauchly' s $W = .669$ และมีค่า $p = .105$ สรุปว่าความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากในกลุ่มทดลองเป็นไปตามข้อตกลง Compound Symmetry จึงอ่านผลการวิเคราะห์โดยใช้ค่า F จาก Sphericity Assumed ได้ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากในกลุ่มทดลองก่อนและหลังที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวในแต่ละช่วงเวลา โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measures ANOVA) พบว่า ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากจากการวัดทั้ง 4 ครั้ง (ตาราง 6) มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 41.13, p < .001$) (ตาราง 7) ดังนั้นผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คะแนนเฉลี่ยความ

ทุกซ์ทรมานหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว

ตาราง 7

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกซ์ทรมานของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลองในแต่ละช่วงเวลา โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (N = 50)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^s
ความทุกซ์ทรมาน				41.13*
ระหว่างเวลา	2553.63	3	851.21	
ความคลาดเคลื่อน	1490.12	72	20.70	

^s=Sphericity Assumed, * p < .001

เนื่องจากการทดสอบพบว่า มีค่าเฉลี่ยความทุกซ์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการคาท้อช่วยหายใจทางปาก จากการวัดทั้ง 4 ครั้งมีอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ว่ามีคู่ใดที่แตกต่างกัน โดยวิธี Bonferroni เพราะเป็นการควบคุมความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (type I error) รวมทุกคู่ มีระดับความเชื่อมั่น (α) ไม่เกิน .05 ผลการทดสอบพบว่า คู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มี 6 คู่ คือ ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 1, ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 2, ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองครั้งที่ 3, หลังการทดลองครั้งที่ 1 กับหลังการทดลองครั้งที่ 2, หลังการทดลองครั้งที่ 1 กับหลังการทดลองครั้งที่ 3 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 กับหลังการทดลองครั้งที่ 3

สรุปว่า ภายหลังจากได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวคะแนนเฉลี่ยความทุกซ์ทรมานลดลงในหลังการทดลองครั้งที่ 1, 2 และครั้งที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกซ์ทรมานในหลังการทดลองครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับหลังการทดลองครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยความทุกซ์ทรมานในหลังการทดลองครั้งที่ 3 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับหลังการทดลองครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

เปรียบเทียบรายคู่ทุกคู่ของค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Bonferroni

(I) เวลา	(J) เวลา	Mean Difference (I-J)	p-value
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองครั้งที่ 1	3.96	.001
	หลังการทดลองครั้งที่ 2	9.44	.000
	หลังการทดลองครั้งที่ 3	13.20	.000
หลังการทดลองครั้งที่ 1	หลังการทดลองครั้งที่ 2	5.48	.003
	หลังการทดลองครั้งที่ 3	9.24	.000
หลังการทดลองครั้งที่ 2	หลังการทดลองครั้งที่ 3	3.76	.030

2.2 เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ก่อนการวิเคราะห์เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ Mauchly' s Test of Sphericity ซึ่งทดสอบ ผลการวิเคราะห์ Mauchly' s $W = .758$ และมีค่า $p = .024$ สรุปว่าความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก ไม่เป็นไปตามข้อตกลง Compound Symmetry จึงเลือกอ่านผลการวิเคราะห์ที่มีการปรับแก้ degree of freedom คือ Greenhouse-Geisser ได้ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จากการวัดทั้ง 4 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=11.64, p < .001$) (ตาราง 9) ดังนั้นผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 คะแนนความทุกข์ทรมานในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตาราง 9

เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a
กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม				
กลุ่ม (group)	491.84	2.54	193.39	11.64**
ภายในกลุ่ม*เวลาที่แตกต่าง (group*time)	2449.18	2.54	963.04	57.98**
ความคลาดเคลื่อน	2027.48	122.07	16.60	

^a = Grennhourse-Geisser ** $p < .001$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากในแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว หลังทดลองครั้งที่ 1, 2 และครั้งที่ 3 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มทดลอง (ตาราง 10)

ตาราง 10

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในระยะก่อนและหลังการทดลองระหว่าง
กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) (N = 50)

ความทุกข์ทรมาน	n	M	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง				-0.261***	0.397
กลุ่มทดลอง	25	51.72	8.15		
กลุ่มควบคุม	25	51.04	10.134		
หลังการทดลองครั้งที่ 1				2.28*	0.013
กลุ่มทดลอง	25	47.76	7.95		
กลุ่มควบคุม	25	53.24	9.01		
หลังการทดลองครั้งที่ 2				5.27**	0.000
กลุ่มทดลอง	25	42.28	8.39		
กลุ่มควบคุม	25	55.36	9.15		
หลังการทดลองครั้งที่ 3				7.51**	0.000
กลุ่มทดลอง	25	38.52	7.18		
กลุ่มควบคุม	25	56.08	9.22		

*p < .05, **p < .01, ***p > .05

จากตาราง 10 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมาน ในระยะก่อนและหลังการทดลองครั้งที่ 1-3 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในระยะหลังการทดลองทั้ง 3 ครั้ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้ข้อมูล

ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันจากการจับคู่ที่ใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ สาเหตุของการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใกล้เคียงกัน เมื่อนำคุณสมบัติทั่วไปทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$)

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มเท่ากับ 68.04 ปี (ตาราง 1) สาเหตุที่ทำให้ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยโรคหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 48) รองลงมาเป็นโรคปอดบวม (ร้อยละ 20) ซึ่งภาวะหัวใจวาย หรือภาวะหัวใจล้มเหลว หรือโรคหัวใจเลือดคั่ง (Congestive heart failure [CHF], congestive cardiac failure [CCF] or heart failure) เป็นภาวะที่เป็นผลมาจากความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ ซึ่งทำให้หัวใจไม่สามารถรับหรือสูบน้ำปริมาณเลือดได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และนำไปสู่การล้มเหลวของการไหลเวียนโลหิต ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ขาดออกซิเจน หากหัวใจห้องขวาวายจะเกิดการคั่งของน้ำที่ขาทำให้บวมที่เท้า หากหัวใจห้องซ้ายวายก็จะมีอาการคั่งของน้ำที่ปอดทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า น้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) และนำไปสู่การเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure) (วิจิตร, 2553) ส่วนภาวะปอดบวม (pneumonia) หรือ ปอดอักเสบ (pneumonitis) เป็นโรคของระบบหายใจอย่างหนึ่งซึ่งมีการอักเสบของปอด โดยเฉพาะของถุงลม ทำให้ของเหลวภายนอกหลอดเลือดที่เกิดจากการอักเสบ ซึ่งประกอบด้วย พลาสมา และเม็ดเลือดขาวเข้าไปอยู่ในถุงลม ทำให้ปอดทำงานได้ไม่เต็มที่ มีการสูญเสียพื้นที่ในแลกเปลี่ยนก๊าซ นำไปสู่การเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ปราณี และคณะ, 2554) ด้วยเช่นกัน จะเห็นได้ว่าภาวะของโรคทั้ง 2 โรค ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนโดยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก และทั้ง 2 โรคนี้ พบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุและที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้ว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายไปในทิศทางที่เสื่อมลง กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจอ่อนแอลง ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดไม่ดี มีการคั่งของน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ง่าย ความยืดหยุ่น

ของหลอดเลือดลดลงทำให้หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้นทำให้เหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง การสร้างแอนติบอดีลดลงโอกาสการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นในวัยสูงอายุ (แสงจันทร์, 2551; คณะกรรมการกลุ่มผลิตภัณฑ์วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, 2552)

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีประสบการณ์ในการคาท่อช่วยหายใจมาก่อน และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องมาจากเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จึงมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม จึงคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เผชิญในด้านลบ จนก่อให้เกิดการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมาน (Leventhal & Johnson, 1983; Johnson, 1999) เช่นเดียวกับการศึกษาของอรนิภา, สุภภรณ์ และอาภรณ์ (2554) พบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเสมือนสิ่งที่ยุติชีวิต ส่วนระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อสิ้นสุดการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม เฉลี่ย 7.24 วัน (SD = 2.56) หรือ 7 วัน 5 ชั่วโมง 46 นาที เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากรับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานที่มากขึ้น เนื่องจากมีอาการปวดจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ (Johnson & Sexton, 1990) โดยเฉพาะตำแหน่งที่สัมผัสกับท่อช่วยหายใจ จากการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) พบว่า ภายในลำคอที่สัมผัสกับท่อช่วยหายใจจะมีอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความทุกข์ทรมานจากอาการปวดภายในลำคอ สอดคล้องกับการศึกษาของเกรพ, บลีชา, และมันโร (Grap, Blecha & Munro, 2002) พบว่าตำแหน่งที่ท่อช่วยหายใจสัมผัส ได้แก่ คอหอย กล่องเสียง และบริเวณกล้ามเนื้อหลอดลมคอ เป็นบริเวณที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเจ็บปวดไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจ และจากการศึกษาของศิริจันทร์ (2547) พบว่า ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจรับรู้ถึงความปวดบริเวณมุมปากจากการที่ท่อช่วยหายใจดึงรั้งขณะเคลื่อนไหว อีกทั้งการดูดเสมหะ นับเป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น (อมรรัตน์, 2549; สิริรัตน์, นันทา และสุดารัตน์, 2550) และยังพบว่า ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานมากกว่า 5 วัน จะมีความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจน้อยกว่า 5 วัน (สุพัตรา, 2536) และขณะได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับยาระงับปวดและยานอนหลับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย

โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันจากการมีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ติดต่อกัน 3 วัน นำคุณสมบัติทั่วไปทั้งกลุ่มกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$)

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 72-76 มีอายุเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มเท่ากับ 43.44 ปี (SD =13.515) มีลักษณะสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเป็นบุตร เนื่องจากเพศหญิงจะมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งในภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจจึงเป็นที่พึ่งพาของพ่อแม่ และญาติ ประกอบกับผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งสังคมไทยเป็นสังคมแบบระบบเครือญาติ คือ มักเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันในหมู่ญาติ ญาติที่มีอายุมากกว่าจะมีอิทธิพลต่อความเชื่อและพฤติกรรมของบุคคลภายในครอบครัว ขามโคที่บุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย ญาติพี่น้องจะมีส่วนช่วยเหลือและรับผิดชอบ ทุกคนให้ความสำคัญต่อการเจ็บป่วยของของบุคคลภายในครอบครัว และคอยให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและหายป่วยเร็วขึ้น (แสงจันทร์, 2551) ความรักความผูกพันระหว่างครอบครัว และเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของครอบครัว นับเป็นแรงจูงใจในการเข้าร่วมดูแลผู้ป่วย (พิกุล, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 35-60 ปี (แสงจันทร์, 2551) มีสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเป็นบุตร (พิกุล, 2549; รุจา, 2551; นงศ์รัตน์, เพลินพิศ และขนิษฐา, 2554)

ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ทำให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานเพื่อมาดูแล แต่เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง และอยู่ในสถานภาพสมรสจึงเป็นการแบ่งหน้าที่กันโดยฝ่ายชายทำหน้าที่ดูแลเรื่องการเงิน ให้ฝ่ายหญิงทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทน แต่เนื่องจากอาชีพรับจ้างไม่ได้เป็นงานประจำจึงมีการแลกเปลี่ยนหมุนเวียนเวลาในการทำงานได้ ทำให้มีเวลาในการมาเฝ้าดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจ จากการขาดประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่คาท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแล (ยุวนิดา, กิตติกร และพัชรียา, 2552) นำไปสู่ความสามารถในการตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยลดลง (สมจิต, 2544) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ขณะเข้าเยี่ยมในด้านข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม และต้องการให้พยาบาลเข้ามาดูบ่อยๆ (ภาคผนวก ง4) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกรัตน์ (2547) เกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความต้องการ การเอื้ออำนวยความสะดวกแก่ญาติในการดูแล ต้องการข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและวิธีปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และอยากให้มีคนมาช่วยดูแล

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

สมมติฐาน 1 คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำกว่าก่อนการได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจทางปากในกลุ่มทดลองก่อนและหลังที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว พบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำกว่าก่อนการได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 7) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวครั้งที่ 1, 2 และครั้งที่ 3 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 8) สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยที่ได้รับการคาต่อช่วยหายใจทางปากในกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาในการคาต่อช่วยหายใจทางปากนับจากวันแรกของการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากถึงวันแรกของการทดลอง ซึ่งเป็นวันก่อนได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ผู้ป่วยมีระยะเวลาคาต่อช่วยหายใจทางปากโดยเฉลี่ย 3 วัน 21 ชั่วโมง 7 นาที จากการตอบแบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากการคาต่อช่วยหายใจในวันก่อนทดลองพบว่า อยู่ในระดับมาก (ตาราง 6) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อพบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก 5 อันดับแรก ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานแม้ในขณะที่นอนพักจากการมีท่อช่วยหายใจอยู่ในปาก 2) รู้สึกทุกข์ทรมานจากการดูดเสมหะ 3) รู้สึกอึดอัดทุกข์ทรมานจากการสื่อสารลำบาก 4) รู้สึกทุกข์ทรมานจนอยากดึงท่อช่วยหายใจออก และ 5) รู้สึกทุกข์ทรมานจากการนอนไม่หลับ (ภาคผนวก ง1) และเมื่อใช้คำถามปลายเปิดสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานในระยะก่อนการทดลองพบว่า สาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานมีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยความทุกข์ทรมาน 3 อันดับแรก ประกอบด้วย 1) อาการปวดจากการคาต่อช่วยหายใจทางปาก 2) กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษา 3) หิวน้ำและการไม่ได้กลับบ้าน (ภาคผนวก ง2) จากการศึกษาของรัตนากร (2550) พบว่าความเจ็บปวดจากการคาต่อช่วยหายใจทางปากและใช้เครื่องช่วยหายใจ และความยากลำบากในการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความไม่สุขสบาย ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกทุกข์ทรมาน

ผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจทางปากในกลุ่มทดลองก่อนได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการคาต่อช่วยหายใจทางปากมักเป็นผู้ป่วยในระยะวิกฤตต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ-จิตวิญญาณ ถือเป็นภาวะคุกคามสำหรับผู้ป่วย จากมีอาการเข้าสู่ภาวะวิกฤตต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบมาก่อน ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการคาต่อช่วยหายใจทางปากเป็นครั้งแรก ถือเป็นสถานการณ์วิกฤตที่คุกคามตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ได้รับการคาต่อช่วยหายใจทางปากส่วนใหญ่จะเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (ภัทรพร, 2543; อมรรัตน์, 2549 และอรนิภา, สุภาภรณ์ และอาภรณ์, 2554) และจากความรู้สึกทุกข์ทรมานดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องคาต่อช่วยหายใจทางปากมีความต้องการความสุขสบายในระดับมาก (นิตยาวิ, 2551) เพื่อให้คลายความรู้สึกทุกข์ทรมาน

จากแนวคิดการควบคุมตนเองของจอห์นสัน (Johnson, 1999) อธิบายถึงการตอบสนองของมนุษย์ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือก่อให้เกิดความตึงเครียดต่อร่างกายและจิตใจ โดยมีกระบวนการควบคุมตนเองใน 2 ลักษณะ ที่เกิดขึ้นควบคู่กันในรูปแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน โดยลักษณะแรกเป็นการควบคุมตนเองในการตอบสนองด้านหน้าที่ (regulation of functional responses) จะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ความเป็นจริงจากข้อมูลที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน (concrete-objective information) ทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ และการแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ตามความเป็นจริง โดยไม่มีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง และแสดงออกทางพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์ เมื่อบุคคลพึงพอใจกับการตอบสนองด้านหน้าที่ ก็จะส่งผลให้มีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ส่วนลักษณะที่ 2 เป็นการควบคุมตนเองในการตอบสนองด้านอารมณ์ (regulation of emotional responses) จะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ความเป็นจริงจากข้อมูลที่มีลักษณะเป็นนามธรรม (subjective information) ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีอารมณ์ความรู้สึกส่วนตัวของบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้มีการแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ส่งผลให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เช่น มีความรู้สึกทุกข์ทรมาน

แม้ว่าบุคคลจะใช้กระบวนการควบคุมตนเองทั้ง 2 ลักษณะในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม แต่บุคคลสามารถเลือกสนใจในแนวทางใดแนวทางหนึ่งมากกว่า หรืออาจกลับไปมาระหว่าง 2 ลักษณะ ดังนั้นในผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจทางปากในกลุ่มทดลองก่อนได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งมีรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจทางปากของหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยอายุรกรรม

โดยพยาบาลประจำการเป็นผู้ให้แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลทางเดินหายใจให้โล่งตามมาตรฐานการดูแลหะ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้การดูแลช่วยเหลือในการติดต่อสื่อสาร รวมถึงการให้ข้อมูลต่างๆ ขณะคาท้อช่วยหายใจทางปาก ซึ่งเป็นการให้กิจกรรมการพยาบาลตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคลโดยไม่มีรูปแบบที่กำหนดไว้แน่นอน และได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคนผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาดูแลในแต่ละช่วงเวลาของแต่ละวัน ทำให้ความสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่องเกิดช่องว่างของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่งผลให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพต้องใช้เวลาเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ประกอบกับการทำงานที่รีบเร่งให้ทันกับเวลาเนื่องจากภาระงานมากในห้องผู้ป่วยหนักพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต 2-3 ต่อพยาบาล 1 คน ส่วนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมต้องดูแลผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจ 2 คน (กรณีมีผู้ป่วย) และผู้ป่วยอาการไม่หนักอีก 10 รายต่อพยาบาล 1 คน จึงทำให้การดูแลส่วนใหญ่มักตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ การเช็ดตัว การให้อาหารทางสายยาง การนวด การทำแผล เป็นต้น ส่วนการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูลมักให้ข้อมูลก่อนลงมือให้การพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่ให้มักเป็นการสื่อสารทางเดียว อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยเป็นผลให้ผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจทางปากสนใจการรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์จากข้อมูลที่มีลักษณะเป็นนามธรรมของสถานการณ์ นั่นคือข้อมูลที่อยู่ในความทรงจำที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีตที่ไม่น่าพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยมากกว่าสนใจลักษณะเป็นรูปธรรม ทำให้ใช้ความรู้สึกของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งมักแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ไปในทางที่มากเกินไปจนเกินความเป็นจริง ส่งผลให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์มากขึ้น (Johnson, 1999) ส่งผลให้ยังคงเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน

ในขณะที่ผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจทางปากกลุ่มทดลองหลังที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวพบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลง (ตาราง 6) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างในแต่ละครั้งของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวพบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวครั้งที่ 1, 2 และครั้งที่ 3 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงตั้งแต่ครั้งที่ 1 ของการทดลอง (วันที่ 2 ของการทดลอง) และเมื่อสิ้นสุดการทดลองในครั้งที่ 3 ของการทดลอง (วันที่ 4 ของการทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 6) อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน (concrete-objective information) ถ่ายทอดเนื้อหาตรงกับประสบการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์การดูแลรักษา ได้แก่ อาการ

ของผู้ป่วย แผนการรักษา กฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย 2) ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะสภาพแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย 3) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและสาเหตุของความรู้สึกที่ต้องเผชิญ ได้แก่ ความรู้สึกขณะมีท่อช่วยหายใจในปาก ความรู้สึกขณะได้รับการดูแลและ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการและรายงานความปวด การผ่อนคลายเพื่อบรรเทาปวดและส่งเสริมการนอนหลับ การบรรเทาอาการปวดด้วยเทคนิคการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และการแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ตามความเป็นจริง สามารถเผชิญกับสถานการณ์ และแสดงออกทางพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงของอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการเจ็บปวด ส่งผลให้มีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย (Johnson, 1999) ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน รวมทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวขณะเข้าเยี่ยม โดยการช่วยเหลือให้ความสุขสบายทั่วไป และการให้กำลังใจ การมีญาติคอยอยู่ดูแลเมื่อผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ส่งผลให้ผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ สิ้นน้ำแฉะมีส มีความหวังกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล (2549) พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลต่อผู้ป่วย ดังนี้ 1) ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและสุขสบาย 2) มีสีหน้าที่แจ่มใส มีกำลังใจ 3) พยายามดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนและ 4) การมีญาติช่วยดูแลทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษา จึงกล่าวได้ว่าการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว สามารถช่วยเพิ่มทักษะในการปรับตัวเผชิญกับประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง ส่งผลให้ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน เมื่อพิจารณาตามรายชื่อพบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในระดับมาก 5 อันดับแรก ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานแม้ในขณะที่นอนพักจากการมีท่อช่วยหายใจอยู่ในปาก 2) รู้สึกทุกข์ทรมานจากการดูแลและ 3) รู้สึกอึดอัดทุกข์ทรมานจากการสื่อสารลำบาก 4) รู้สึกทุกข์ทรมานจนอยากดึงท่อช่วยหายใจออกและ 5) รู้สึกทุกข์ทรมานจากการนอนไม่หลับ (ภาคผนวก ง1) มีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

สมมุติฐาน 2 คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูล ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการนำคุณสมบัติทั่วไปทั้งกลุ่มกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน จึงไม่ถือว่าเป็นปัจจัยร่วมที่จะรบกวนการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมก่อน ด้วยสถิติทีอิสระ (independent t - test) พบว่า คะแนนความทุกข์ทรมานก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แสดงว่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นอิทธิพลมาจากการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยไม่ได้ถูกรบกวนจากคะแนนความทุกข์ทรมานก่อนการทดลอง และคุณสมบัติทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการคาต่อช่วยหายใจทางปากกลุ่มทดลองหลังที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวมีความทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 9) โดยพบว่า ในระยะหลังการทดลองทั้ง 3 ครั้ง กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวมีความทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่เวลาเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 10) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อพบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลง 5 อันดับแรก ประกอบด้วย 1) รู้สึกทุกข์ทรมานจากการไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน 2) รู้สึกทุกข์ทรมานจากการกลัวความโศกเศร้า กลัวขาดกำลังใจจากครอบครัว 3) รู้สึกทุกข์ทรมานจากความไม่แน่นอนในอนาคต 4) รู้สึกทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่นและ 5) รู้สึกทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนท่าทางหรือพลิกตะแคงตัว (ภาคผนวก ง1) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจทางปากกลุ่มทดลองหลังที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวมีความทุกข์ทรมานลดลง เนื่องมาจากการได้รับข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นมีผลให้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และการแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ตามความเป็นจริง สามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน อีกทั้งผู้ป่วยยังรับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการช่วยเหลือให้มีความสุขสบายทั่วไป และการให้กำลังใจ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีขึ้น ช่วยเพิ่มการลดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง

นอกจากนี้ยังอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการคาต่อช่วยหายใจทางปากกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวมีความทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากให้ข้อมูลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมมีข้อแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ

1. การประเมินปัญหาก่อนให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว

เริ่มจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวเป็นเวลา 3 วัน ติดต่อกัน วันละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที และทุกวันจะมีการประเมินปัญหา

ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยการเลือกใช้แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากการคาท่อช่วยหายใจ พร้อมทั้งใช้คำถามปลายเปิดซักถามผู้ป่วยถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เป็นการสื่อสาร 2 ทาง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับและสาเหตุที่ก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานขณะได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก เพื่อนำไปสู่การกำหนดปัญหา และการแก้ไขปัญหามาให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก จะเห็นได้ว่าผู้วิจัยใช้เวลาในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย ร่วมกันสร้างความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ และความปรารถนาดี สนับสนุน พุดชมเชย และให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจผู้วิจัยในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และกล้าที่จะบอกความรู้สึก หรือสิ่งที่ต้องการให้ทราบทำให้ผู้วิจัยมีความรู้ ความเข้าใจถึงปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างถ่องแท้โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เมื่อผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหาที่เผชิญอยู่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความทุกข์ทรมานลดลง (ตาราง 6)

ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยคาท่อช่วยหายใจทางปากประสพจากการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากได้ให้ข้อมูลเหมือนกันตลอดระยะเวลาของการวิจัยรวม 4 วัน ว่าสาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน ประกอบด้วย

1) อาการเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจทางปาก แม้ว่าการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากจะช่วยให้ผู้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิต แต่กลับส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เนื่องจากท่อช่วยหายใจมีลักษณะแข็ง เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ (Johnson & Sexton, 1990) มีการเสียดสีระหว่างท่อช่วยหายใจ กับเยื่อภายในช่องปากทำให้เกิดบาดแผลภายในช่องปากได้ง่าย (Divatia & Bhowmick, 2005) อีกทั้งการคาท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน และความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ (cuff pressure) ที่มากเกินไปยังมีผลต่อการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือด (ธันต์ชนก, 2552) จากการศึกษาของจอห์นสัน และเซ็กซ์ตัน (Johnson & Sexton, 1990) เกี่ยวกับการรับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าร้อยละ 86 ของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจรับรู้ถึงความทุกข์ทรมาน คือ ความเจ็บปวด และไม่สุขสบายจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาก (2550) พบว่าความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจทางปากและใช้เครื่องช่วยหายใจที่มากขึ้นจะส่งผลให้ความไม่สุขสบายมีมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ความปวดทุกข์ทรมานจากการคาท่อช่วยหายใจมีหลายลักษณะขึ้นกับการรับรู้ และการตอบสนองต่อความปวด ซึ่งมีปัจจัยทางด้านจิตใจ และอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) เกี่ยวกับประสบการณ์ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ดังกล่าวว่า “เจ็บเหมือนกับลวดเข้าไปแทง หรือหนามเข้าไปหักคา

อยู่อย่างนั้น” “เจ็บแบบจี๊ดๆ แสบๆ แหน่งๆ แปลบๆ” “รู้สึกเจ็บคอแท้ ก็บอกว่าใส่ให้มันทรมาณแท้” หรือในการศึกษาของอรนิกา สุภาภรณ์ และอาภรณ์ (2554) ในผู้ป่วยที่คาทอช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาณที่สุดในชีวิตจากอาการปวด “เจ็บแทบตาย”

2) กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มกังวลเกี่ยวกับช่วงเวลาที่จะเอาท่อช่วยหายใจออก (ตาราง 3-4) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลกระทบที่ต่อเนื่องมาจากความไม่สบายทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว เครียด ทุกข์ และวิตกกังวล (Johnson, John, Moyle, 2006) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่คาทอช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง จะมีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงคิดเป็นร้อยละ 88 (Rotondi, Chellnri, Sirio, Mendelsohn, Schulz, & Belle. et al., 2002) ซึ่งความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) จะทำให้มีความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆลดลง ผู้ป่วยจะสูญเสียความมั่นใจ จากการที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ซึ่งเป็นการตอบสนองเมื่อได้รับบาดเจ็บ การถูกแยกออกจากครอบครัวและสังคมที่คุ้นเคย เช่น การเข้ารับการรักษาในหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก เป็นต้น ทำให้เกิดอาการมือสั่น เสียงสั่น กล้ามเนื้อเกร็งตัว หายใจเร็ว และชีพจรเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อยความสามารถในการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาได้ลดลง หากได้รับการช่วยเหลือจะทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง และความสามารถต่างๆกลับมามีขึ้นได้ ส่วนความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) เป็นความวิตกกังวลจากการคาดคะเน เช่น เมื่อตนเองต้องใส่ท่อช่วยหายใจทำให้รู้สึกว่าตนเองป่วยหนักมีภาวะต่อลูกคามชีวิตมาก ตนเองจะมีความปลอดภัยในชีวิตหรือไม่ เฝ้ารอปัญหาของการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ มักแสดงอาการสีหน้าท่าทางกลัว สับสน คลื่นไส้ ปวดศีรษะ หายใจและหัวใจเต้นเร็ว ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้มีความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆลดลงมาก รับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เพียงบางส่วน และรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมบิดเบือนไปจากความจริง (Taylor, Lillis & Lemone, 2001) จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องช่วงเวลาที่จะเอาท่อช่วยหายใจออก นับเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อความทุกข์ทรมาณของผู้ป่วยที่คาทอช่วยหายใจทางปาก ซึ่งการที่พยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการ และแนวโน้มของการเอาท่อช่วยหายใจออก จะช่วยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และช่วยลดความทุกข์ทรมาณให้แก่ผู้ป่วยที่คาทอช่วยหายใจทางปาก

ส่วนด้านสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม (ร้อยละ 100) แสดงให้เห็นว่าในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยแล้ว สิ่งหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการคือ ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม ประกอบด้วย 1) ต้อง

การข้อมูลคำแนะนำ 2) ต้องการให้พยาบาลเข้ามาดูบ่อยๆ 3) ต้องการให้พยาบาลมาอยู่ใกล้ๆและให้คำแนะนำต่างๆ 4) ต้องการพยาบาลเมื่อเรียก (ดังตาราง 5) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการให้พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการดูแลรักษา สถานที่ อุปกรณ์และสิ่งต่างๆที่สมาชิกในครอบครัวสามารถทำได้ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย (Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005) การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม ด้วยการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวดังกล่าว นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมความสามารถในการแสดงบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลตามปกติโดยทั่วไปไม่มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องความรู้สึกทุกข์ทรมานขณะได้รับการรักษา โดยการคาต่อช่วยหายใจทางปาก โดยการใช้แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากการคาต่อช่วยหายใจ มีเพียงการใช้คำถามปลายปิดสอบถามความต้องการของผู้ป่วย หรือการสังเกตจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมาเนื่องจากผู้ป่วยสื่อสารน้ำเสียงไม่ได้ ซึ่งประสิทธิภาพของการประเมินขึ้นอยู่กับทักษะหรือประสบการณ์ของพยาบาลในแต่ละคน จากการศึกษาของอมรรัตน์ (2549) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการคาต่อช่วยหายใจทางปากส่วนใหญ่จะใช้ท่าทาง ใช้มือในการสื่อสาร พยาบาลบางคนเข้าใจ บางคนไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการจากปัญหาที่เกิดขึ้นขณะได้รับการคาต่อช่วยหายใจทางปาก หรือได้รับการตอบสนองต่อความต้องการได้ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น (ตาราง 6)

สำหรับด้านสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า ไม่มีการประเมินความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม มีเพียงแต่การให้ข้อมูลตามธรรมเนียมปฏิบัติที่มุ่งเน้นความสำเร็จของงานประจำให้ทันเวลา ซึ่งได้ให้ข้อมูลตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยเข้าไปในความดูแล โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบการเข้าเยี่ยม อุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวที่ผู้ป่วยต้องใช้ และการให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้อาหารทางสายยาง การเช็ดตัว โดยจะได้รับคำแนะนำขณะที่เข้าไปปฏิบัติกิจกรรม จะเห็นได้ว่าการพยาบาลส่วนใหญ่เน้นการดูแลผู้ป่วยมากกว่าการประเมินความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการเท่าที่ควร จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่อนข้างน้อย มาจากภาระงานที่มากจึงให้ความสนใจในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาลมากกว่าการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบกับสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจทางปากมาก่อน

(ตาราง 2) จึงทำให้เกิดความรู้สึกเครียด กังวลและกลัว ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ยิ่งเป็นส่งเราทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมากขึ้น

2. การประเมินความพร้อมก่อนให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว

ก่อนให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พิจารณาจากระดับความรู้สึก การรับรู้ปกติ สัญญาณชีพปกติ และยินยอมรับฟังข้อมูลจากพยาบาล ส่วนสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการได้รับข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมทั้งได้รับคู่มือ เรื่องการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาดหวังหายใจทางปาก เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยได้ทบทวนทำความเข้าใจได้มากยิ่งขึ้น ส่วนคู่มือมีภาพสีประกอบทำให้กระตุ้นแรงจูงใจสามารถจดจำ และนำไปปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ และผู้วิจัยยังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย คอยกระตุ้นให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ลดความกลัว ความวิตกกังวลและเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม สามารถสื่อสารและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิณี และชนกพร (2548) พบว่าสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลจากการเตรียมความพร้อมสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง สามารถให้การช่วยเหลือส่งเสริมความสบายตัวไปด้านร่างกาย การสนับสนุนให้กำลังใจ ในระยะเวลา 3 วันติดต่อกัน (ตาราง 4) โดยส่วนใหญ่กิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมทุกครั้ง ประกอบด้วย การเข้าเยี่ยมและไต่ถามอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การแสดงความรักและความห่วงใย (โอบกอด จับมือ) การถามความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การช่วยดูแลความสบายตัวของผู้ป่วย การช่วยเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยในการรายงานอาการปวด ทุกข์ทรมานให้พยาบาลทราบ การช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ได้แก่ เปิดเพลงให้ฟัง ดูทีวี ช่วยบีบนิ้ว อ่านหนังสือหรืออ่านบทสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง และการพูดคุยปลอบใจ ชมเชย ให้กำลังใจ รองลงมาปฏิบัติเมื่อมีเหตุการณ์ ได้แก่ ช่วยสัมผัสขณะผู้ป่วยได้รับการดูแลและปฏิบัติบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง ได้แก่ นำสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจมาให้ผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา สอดคล้องกันกับการศึกษาของคุชฎี (2547) ที่ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วม

ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของนงครัตน์, เพลินพิศ และขนิษฐา (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพยาบาลตามปกติโดยทั่วไปเป็นการให้ข้อมูลผู้ป่วยขณะที่พยาบาลเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วย เป็นการบอกให้ทราบว่าทำอะไรให้ แต่ไม่ได้บอกรายละเอียดถึงสาเหตุและเหตุผลที่ชัดเจน ส่วนด้านสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะได้รับข้อมูลในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ซึ่งข้อมูลที่ได้รับในขณะนั้นอาจรับรู้ได้ไม่หมด เนื่องจากความไม่พร้อมของผู้รับข้อมูล ที่ยังกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากการศึกษาของสมฤทัย (2552) พบว่าพยาบาลให้ข้อมูลโดยไม่มีการประเมินความพร้อมก่อนการให้ข้อมูล ให้ข้อมูลขณะที่สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะสับสน วิตกกังวล กลัว และเศร้าโศก ทำให้สมาชิกในครอบครัวดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมตามความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก (ตาราง 2) จึงทำให้ไม่มีความรู้และมีทักษะไม่เพียงพอในการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม สอดคล้องกับการศึกษาของนงครัตน์ (2547) พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างแพทย์พยาบาลกับญาติ ญาติมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการปฏิบัติเป็นปัจจัยยับยั้งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

3. การประเมินปัญหาหลังให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว

มีการประเมินผลการทดลองของแต่ละวันในวันถัดไปโดยใช้รูปแบบการประเมินผลการทดลองแบบเดียวกันกับใช้ประเมินก่อนการทดลองซึ่งมีรูปแบบการประเมินที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องของความทุกข์ทรมานขณะที่ผู้ป่วยได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก จากการศึกษาครั้งนี้ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากในระยะหลังการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงตั้งแต่หลังการทดลองครั้งที่ 1 ส่วนในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลา 3 วัน สรุปได้ว่าในระยะหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ดังภาพ 4) และเมื่อสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานด้วยคำถามปลายเปิด กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้ข้อมูลตรงกันทั้งในระยะก่อนการทดลองและตลอดระยะเวลา 3 วันหลังการทดลองว่า กังวลเกี่ยวกับช่วงเวลาที่เฝ้าคาท่อช่วยหายใจออก และเมื่อพิจารณาคะแนนความทุกข์ทรมานที่ได้จากการตอบแบบสอบถามความทุกข์ทรมานในกลุ่ม

ทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลา 3 วันที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการคาท้อช่วยหายใจทางปากเป็นครั้งแรก และเข้ารับการรักษาในหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีคุณสมบัติทั่วไปทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) โดยมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ สาเหตุของการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใกล้เคียงกัน และกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย (ตาราง 1) ซึ่งทั้งห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยอายุรกรรมจะมีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่มีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย และเข้าเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอติดต่อกัน 3 วัน วันละอย่างน้อย 2 ครั้งไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม

โดยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งมีการประเมินผลหลังจากการให้การทดลองที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องความทุกข์ทรมาน ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือสงสัยมีการสื่อสาร 2 ทางที่ไม่ใช่ให้ข้อมูลอย่างเดียวตามความพอใจของผู้ให้ข้อมูล แต่มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นถึงปัญหา ข้อสงสัยต่างๆที่ยังต้องการคำอธิบาย ได้ระบายความรู้สึกถึงสาเหตุที่ทำให้ทุกข์ทรมาน และความต้องการให้แก่ผู้วิจัยได้ทราบ และเมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการโดยการได้รับข้อมูลที่เป็นรูปธรรมมีความชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และการแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ตามความเป็นจริง สามารถปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Johnson, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี, เพชรไสว, พรณงาม และสุมน (2548) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด ค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมาน และค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลความสบายทั่วไปด้านร่างกาย การสนับสนุนให้กำลังใจ ในระยะเวลา 3 วันติดต่อกัน (ตาราง 4) จากสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งได้ผ่านการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมจากผู้วิจัย เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีขึ้น ช่วยเพิ่มการลดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเมื่อผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน ภาวะซึมเศร้าลดลง (Mitchell, Chaboyer, Burmeister, & Foster, 2009) และการแสดงออกของสมาชิก

ในครอบครัวที่ชัดเจนในการศึกษาคั้งนี้ คือ การสัมผัส จับมือ โอบกอดผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติทุกครั้งที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย การแสดงความรักและความห่วงใยด้วยการโอบกอด สัมผัสมือและแขนของผู้ป่วย บางรายมีการสัมผัสเท้าและขาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจเนื่องจากการสัมผัสมีประโยชน์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและลดภาวะเครียด นอกจากนี้ยังช่วยเยียวยาอาการต่างๆ เช่น ความปวด อาการกระสับส่าย ความวิตกกังวล ความโกรธ และการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต (Maville, Bowen, & Benham, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ (2551) ที่ได้ใช้เทคนิคการสัมผัสกับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับแนะนำญาติให้ใช้เทคนิคสัมผัส พุดคุย วางมือญาติไว้บริเวณหัวใจของผู้ป่วย และกอดผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยสงบลง ไม่มีอาการกระสับกระส่าย และไม่ต้องผูกมัดมือผู้ป่วยอีกด้วย ส่วนญาติรู้สึกสบายใจมากขึ้น ประกอบกับการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ส่วนผู้ดูแลมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นบุตร จึงแสดงออกด้วยความรักและความห่วงใยได้อย่างเต็มที่ โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ การได้รับการสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อความเข้มแข็งทางด้านสภาพจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลงได้

ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติมีความทุกข์ทรมานไม่ลดลง และยังคงมีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก (ตาราง 6) สามารถอธิบายได้ว่าการให้การพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยคาท่อช่วยหายใจทางปาก มีรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลทั่วไปสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก ของหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยพยาบาลประจำการเป็นผู้ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลทางเดินหายใจให้โล่งตามมาตรฐานการดูแลเสมหะ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลเกี่ยวกับความสบายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้การดูแลช่วยเหลือในการติดต่อสื่อสาร รวมถึงการให้ข้อมูลต่างๆ ขณะคาท่อช่วยหายใจทางปาก ซึ่งเป็นการให้กิจกรรมการพยาบาลตามประสงค์ของพยาบาลแต่ละบุคคลโดยไม่มีรูปแบบที่กำหนดไว้แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและการสนับสนุนของครอบครัวแตกต่างกัน ไม่มีแบบแผน ขาดการต่อเนื่อง และไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงสนใจลักษณะเป็นนามธรรมของสถานการณ์มากกว่าลักษณะที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้มีการควบคุมตนเองในการตอบสนองด้านอารมณ์มากขึ้น ผู้ป่วยจึงรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์อย่างไม่มีแบบแผนความคิดความเข้าใจหรือไม่เข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีการคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ไปในทางลบ จึงไม่สามารถใช้แบบแผนความคิดความเข้าใจในการเผชิญกับปัญหาหรือควบคุมตนเองในการตอบสนองและการแสดงพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Johnson, 1999) ส่งผลให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เช่น มีความรู้สึก

ทุกข์ทรมาน ซึ่งผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ตลอดระยะเวลา 3 วันในกลุ่มควบคุมมีความทุกข์ทรมานในระดับมาก

ส่วนการส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก หรือหอผู้ป่วยอายุกรรม แม้ว่าจะมีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่มีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย และเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอติดต่อกัน 3 วัน วันละอย่างน้อย 2 ครั้งซึ่งไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าหลังการทดลองตลอดระยะเวลา 3 วันในกลุ่มควบคุมระดับความทุกข์ทรมานไม่ลดลง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจ (ตาราง 2) ทำให้เกิดความกังวลใจไม่กล้าแตะตัวผู้ป่วยเกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตราย ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม 100% (ตาราง 5) แต่เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิ (2550) พบว่าสมาชิกในครอบครัวปรารถนาจะปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุกรรมมากกว่าที่สมาชิกในครอบครัวได้ปฏิบัติจริง ในขณะที่พยาบาลร้อยละ 82.86 ให้สมาชิกในครอบครัวได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ในระดับปานกลาง การได้รับการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของครอบครัว ส่งผลให้ความต้องการของผู้ป่วยในด้านการสนับสนุนของครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงรู้สึกทุกข์ทรมาน

สรุปได้ว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่ต้องเผชิญระหว่างได้รับการรักษาจากการคาท่อช่วยหายใจทางปาก โดยการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเลือกใช้วิธีในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการได้รับการช่วยเหลือให้มีความสุขสบายทั่วไป และได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวขณะที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีพลังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์น้อยลงนำไปสู่ความรู้สึกทุกข์ทรมานที่ลดลงนั่นเอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูล ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทาง ปาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลาและคาท่อช่วยหายใจทางปาก ระหว่างเดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตาม คุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 50 ราย โดยให้ผู้ป่วย 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติและ 25 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30-40 นาที เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกับในเรื่องเพศ อายุ ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ และสาเหตุของการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องมือที่ใช้ในการ ทดลอง ได้แก่ แผนการพยาบาลผู้ป่วยเรื่อง การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการ ลดความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก กลุ่มี้อำนาจสำหรับสมาชิกในครอบครัว ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและ สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามความทุกข์ทรมาน ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดผ่านการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความทุกข์ทรมานได้เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติอ้างอิงเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง (ไค-สแควร์, การแจกแจงแบบทีและ สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนความทุกข์ทรมานหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ต่ำกว่า ก่อนได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 41.13, p < .01$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการ สนับสนุนของครอบครัวครั้งที่ 1, 2 และครั้งที่ 3 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของ ครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2. คะแนนความทุกข์ทรมานในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=11.64, p < .01$) โดยพบว่า ความทุกข์ทรมานในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวในช่วง 3 วันต่อกัน มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวช่วยลดความรู้สึกความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา เรื่องผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรนำแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก และคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวมาใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก โดยการปฐมนิเทศผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทุกรายตั้งแต่ในระยะแรกของการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล หรือเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับข้อมูล และควรให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในการให้ข้อมูลต้องคำนึงถึงสภาพความเป็นจริง เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และต้องเตรียมอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ให้พร้อมใช้งาน

1.2 แนวทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ควรให้ความสนใจในการประเมินความต้องการความช่วยเหลือ และสอบถามอาการอย่างสม่ำเสมอเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทันที อีกทั้งยังช่วยบรรเทาความรู้สึกทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย

1.3 ควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โดยการให้คำแนะนำแก่สมาชิกของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย มีการติดตามการเข้าเยี่ยมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อเป็นการลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่กล้าบอกพยาบาลแต่กล้าบอกให้สมาชิกในครอบครัวทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลทราบถึงปัญหาที่แท้จริง

อันนำไปสู่การตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการประเมินการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม

2. ด้านบริหารการพยาบาล

ควรเพิ่มแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปาก โดยการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ด้วยการมอบหมายงานเฉพาะให้พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการปฐมนิเทศสมาชิกของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม ส่งเสริมให้สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม รวมทั้งให้ข้อมูลที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมมีความชัดเจนให้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลในด้านต่างๆ อย่างครบถ้วน ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วย และควรมีระบบการส่งต่อข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย

3. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

ควรสร้างความตระหนักให้แก่พยาบาล โดยปลูกฝังให้พยาบาล และนักศึกษาพยาบาลคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ต้องให้การดูแลแบบองค์รวม คือ ดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก และการสนับสนุนของครอบครัวในขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากลดความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมาน

4. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

4.1 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความทุกข์ทรมานเพียงอย่างเดียว ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาถึงตัวแปรตามตัวอื่นๆ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล พฤติกรรมควบคุมตนเอง ระยะเวลาในการคาท่อช่วยหายใจ ความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อุบัติการณ์ตั้งท่อช่วยหายใจ เป็นต้น

4.2 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยอายุครรภ์ที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นต้น

4.3 ศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เช่น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก เพื่อให้เป็นรูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบการพยาบาลหลังการมอบหมายของพยาบาล

4.4 ศึกษาในรูปแบบการสร้างแนวปฏิบัติในการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ เนตรไสว. (2547). *ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กรรัตน์ สุวรรณฉาย. (2552). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลหยาในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิตติกร นิลมานัต, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สิริพันธ์ ศาตราบุรี, ยูพา อ่องโก๋ และศิริวรรณ ชวายนุกูล. (2548). *อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม: เสี่ยงจากพยาบาลปฏิบัติการ*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(5), 291-301.
- เกศินี สมศรี, เพชรไสว ถิ่นตระกูล, พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และสุมน ปิ่นเจริญ. (2548). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ*. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(1), 122-134.
- เกศินี สมศรี. (2547). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. (2552). *เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หน่วยที่ 11-15*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จิราพร อินนอก. (2551). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เทวีภา เทพญา. (2546). *ผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ชั้นต้นชก วณสุวรรณกุล. (2552). การวัด cuff pressure และการทดสอบ cuff leak. ในสุนิสา ฉัตรมงคลชาติ(บรรณาธิการ). *Respiratory care ความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลดูแลระบบหายใจ*. (หน้า271-284). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ธารทิพย์ วิเศษธาร. (2541). ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ธิดารัตน์ คำบุญ. (2551). พลังสัมผัส: พลังบำบัดจากกายสื่อถึงใจ. *วารสารพยาบาลสาร*, 35(4), 77-85.
- นงครัตน์ พุทรา, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และขนิษฐา นาคะ. (2554). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 11-21.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2542). ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่. รายงานการวิจัย เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยาวิ ไชยทองรักษ์. (2551). ความต้องการความสุขสบายและการได้รับการตอบสนองความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- บุศริน เอียวสีหยก. (2545). ผลการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจมาศ จันทร์นวล. (2549). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 5(2), 65-74.
- ปราณี ทัพไพเราะ และคณะ. (2554). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2*. กรุงเทพมหานคร: หจก. เอ็นพีเพรส.
- ปรีชา บุญสม. (2550). ข้อมูลที่ต้องการสื่อสาร วิธีการสื่อสาร และประสิทธิภาพการสื่อสารตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2551). *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for positive outcomes : การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ*. (7th ed.). กรุงเทพมหานคร: บริษัทไอก์กรุ๊ปเพรสจำกัด.
- พัชริน แน่นหนา. (2550). ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว.

- วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย*.
กรุงเทพมหานคร: ฮายานูสะกราฟฟิค.
- พิกุล เจริญสุข. (2549). *ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา,
ชลบุรี.
- ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์. (2543). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัย สงขลา
นครินทร์.
- ยุวนิดา อารามรมย์, กิตติกร นิลมานัด และพัชรียา ไชยสังกา. (2552). *ประสบการณ์ของครอบครัว
ผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 32(4), 33-43.*
- รัตนากร เจริญกุล. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจทาง
ปากและใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.*
- รุ่งทิพย์ ดารายนตร์. (2551). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลา
นครินทร์.
- รุจิ รัตนเสถียร. (2550). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2552). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ในสุนิสา ฉัตร
มงคลชาติ(บรรณาธิการ), ความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลดูแลระบบหายใจ. (หน้า219-234).
สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.*
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล, และพัสมณฑ์ คุ่ม
ทวีพร. (2552). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: บณศิริการพิมพ์.
- วทีนันท เพชรฤทธิ. (2550). *การนำโปรแกรมการฝึกอานาปานสติไปใช้ในการลดระดับความเครียด
ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.*
- วรรณภรณ์ โล่สกุล. (2544). *ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศา
สตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.*

- วรรดี รักษ์อิม, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, พัชรียา ไชยลังกา และศิวศักดิ์ จูทอง. (2549). คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวนการนอนหลับ และกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(4), 289-298.
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2553). ทฤษฎีการควบคุมตนเอง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเด็กและครอบครัว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 23-33.
- วัลลภา สังฆโสภาณ. (2549). ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วิจิตร กุสุมภ์. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต:แบบองค์รวม* (4). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วิภาภัทร ชังขาว. (2544). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหยาเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2552). ความปวดในเวชปฏิบัติ. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร และชัชชัย ปรีชาไว(บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด Pain & Pain Management 2*. (หน้า1-26). สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์.
- ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร. (2547) ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์. (2551). *มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล*. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์
- สมฤทัย แก้วมณี. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อการดูแลเอื้ออาทรผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระยะวิกฤต หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนรทรง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย
- สายฝน สงฆ์อุทก. (2551). ผลการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยภาพและเสียงต่อความกลัวการตัดฝีือกในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สิริรัตน์ เหมือนขวัญ, นันทา เล็กสวัสดิ์ และสุดารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2550). อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดึงต่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 34(4), 139-147.
- สุทธิณี วัฒนกุล และชนกพร จิตปัญญา. (2548). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 17(3), 36-47.
- สุนทรี ศรีอร่ามมณี. (2548). ผลการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยของเล่นที่ใช้การเป่าต่อระดับความเจ็บปวดจากการแทงเส้นโลหิตดำเพื่อให้สารน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร*.
- สุพัตรา ไตรอุดมศรี. (2541). ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*.
- สุพัตรา อยู่สุข. (2536). ระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- สุภาพร บุญกองรัตน์. (2551). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- สุภาภรณ์ แสนพิลา. (2546). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- สุภารัตน์ สอนปะละ. (2547). คุณภาพการนอนหลับละปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2551). สุขภาพวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. ในคณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1*. (ปรับปรุงครั้งที่ 1) พิมพ์ครั้งที่ 11. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

- อมรรัตน์ ภาวะราช. (2549). ผลของการนัดแผนไทยประยุกต์ต่อความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อและ
ความสบายในผู้ป่วยคาท่อช่วยหายใจทางปากที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ. (2549) ประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อ
ช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
- อรนิภา รสน้ำ, สุภาภรณ์ ค้างแพง และอาภรณ์ ดินาน. (2554). ประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับการใส่ท่อ
ช่วยหายใจ. *The graduate research conference*, 12, MMP17.1-15.
- อรุณรัตน์ โยชินวัฒน์บำรุง, นรลักษณ์ เอื้อกิจ และและชนกพร จิตปัญญา. (2550). ผลของโปรแกรม
การช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับ
การรักษาในหอผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(2), 98-
111.
- อัจฉรา นุตตะโร. (2547). ประสิทธิภาพของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย
ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อูราวดี เจริญไชย, สุจิตรา ลีมอานวยลาก, บุญศรี ปราบ ณ ศักดิ์ และวิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์. (2543).
ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควร
ปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 23(2-4), 15-28.
- Aissaoui, Y., Zeggwagh, A. A., Zekraoui, A., & Abidi, R. (2005). Critically Ill, sedated, and
mechanically ventilated patients. *Anesthesia & Analgesia*, 101, 1470 - 1476.
- Arroyo-Novoa, C. M., Figueroa-Ramos, M. I., Puntillo, K. A., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L.,
White, C., et al. (2008). Pain related to tracheal suctioning in awake acutely and critically
ill adults: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(1), 20-27.
- Ayllón Garrido N, Alvarez González M, & González García M. (2007). Stressful environmental
events in the Intensive Care Unit. *Enfermeras Intensiva*, 18(4), 159-67. [Article in
Spanish] Abstract
- Berg, G. V., & Sarvimaki, A. (2003). A holistic-existential approach to health promotion.
Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17(4), 384-391.

- Bernier, M. J., Sanares, D. C., Owen, S. V., & Newhouse, P. L. (2003). Preoperative teaching received and valued in day surgery setting. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 77, 563-582.
- Biro, P., Seifert, B., & Pasch, T. (2005). Complaints of sore throat after tracheal intubation : A prospective evaluation. *European Journal of Anaesthesiology*, 22(4), 307-311.
- Burns, J. W., Elfant, E., Quartana, P. J. (2010). Suppression of pain-related thoughts and feelings during pain-induction: Sex differences in delayed pain responses. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(3), 200-208.
- Chen, K. T., Tzeng, J. I., Lu, C. L., Liu, K. S., Chen, Y. W., Hsu, C. S., et al. (2004). Risk factors associated with postoperative sore throat after tracheal intubation: An evaluation in the postanesthetic recovery room . *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*, 42, 3-8.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2002). *Fundamentals of nursing: Human health and functions*. (4th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Davies D. (2007). Reflection on practice: An intubated patient suffering panic attacks. *Nursing in Critical Care*, 12(4), 198-201.
- Deem, S. A., Bishop, M. J., & Bedford, R. F. (2007). Physiologic and pathophysiologic responses to intubation. In C. A. Hagberg (Eds.), *Benumof's airway management: Principles and practice* (2nd ed., pp. 193-205). Philadelphia: Moby.
- Deja, M., Denke, C., Weber-Carstens, S., Schröder, J., Pille, C.E., Hokema, F., et al. (2006). Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Critical Care*, 10(5), 1-12.
- Devine, E. C., & Pearcy, J. (1996). Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling*, 29(2), 167-178. [PubMed]
- Divatia, J. V., & Bhowmick, K. (2005). Complication of endotracheal intubation and other airway management procedures. *Indian Journal of Anesthesia*, 49(4), 308-318.

- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Critten, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BioMed Central Medicine*, 7, 79.
- Elizabeth, D. E. P., (2010). Title Psychological support and outcomes for ICU patients. *Source Nursing in Critical Care*. 15(3):118-128.
- Finucane, B. T., & Santora, A. H. (2003). *Indications and preparation of the patient intubation. In Airway management* (3rd ed., pp. 162-169). New York: Springer-Verlag.
- Fontaine, D.K. (1994). Nonpharmacologic management of patient distress during mechanical ventilation. *Critical care clinics*, 10(4), 695-708.
- Grap, M. J., Blecha, T., & Munro, C. (2002). A description of patients' report of endotracheal tube discomfort. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 244-249.
- Hofhuis, J. G., Spronk, P. E., Van Stel, H. F., Schrijvers, A. J., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(5), 300-313.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Jaensson, M., Olowsson, L. L., & Nilsson, U. (2010). Endotracheal tube size and sore throat following surgery: A randomized-controlled study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(2), 147-153.
- Johnson, B. S. (1989). *Psychiatric-mental health nursing : Adaption and growth*. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Johnson, J. E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing & Health*, 22, 435-448.
- Johnson, M. M., & Sexton, D. L. (1990). Distress during mechanical ventilation : Patients' perceptions. *Critical Care Nurse*, 10 (7), 48-57.
- Johnson, P., John, W., & Moyle, W. (2006). Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: Existing in an uneveryday word. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), 551-558.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company: New York.

- Leur, J. P., Schans, C. P., Loef, B. G., Deelman, B. G., Geertzen, J. H. B., & Zwaveling, J. H. (2005). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Australian Critical Care, 18*(1), 43-44.
- Leventhal, H., & Johnson, J.E. (1983). Laboratory and field experimentation development of theory of self-regulation. In: P. J. Wooldridge, M. H. Schmitt, J. K. Skipper, R. C. Leonard (Eds.), *Behavioral science and nursing theory* (pp. 182-262). St. Louis: CV Mosby.
- Lin, J. J., Chou, F. H., & Yeh, S. H. (2009). Basic needs and their predictors for intubated patients in surgical intensive care units. *Heart & Lung, 38*(3), 208-216.
- Maguire, D., Walsh, J. C., & Little, C. L. (2004). The effect of information and behavioral training on endoscopy patients' clinical outcomes. *Patient Education and Counseling, 54*(1), 61-65.
- Maville, J. A., Bowen, J. E., & Benham, G. (2008). Effect of healing touch on stress perception and biological correlates. *Holistic Nursing Practice, 22*(2), 103-110.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care, 18*(6), 543-552.
- Papathanassoglou, E. D. E. (2010). Title psychological support and outcomes for ICU patients. *Source Nursing in Critical Care, 15*(3), 118-128.
- Pender, J. N. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). California: Appleton & Lange.
- Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills & techniques* (5th ed). St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F., & Beck, C.T., (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Wolters Kluwer, New York: Lippincott Williams & Wilkins. 602-606.
- Price, A. M. (2004). Intensive care nurses' experiences of assessing and dealing with patients' psychological needs. *Nurse Critical Care, 9*, 134-142.
- Puntillo, K. A., White, C., Morris, A., Perdue, S. T., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., & Wild, L. R. (2001). Patients perceptions and responses to procedural pain: Results from thunden project ii. *American Journal of Critical Care, 10*(4), 138-251.

- Reid-Ponte, P. (1992). Distress in cancer patients and primary nurses' empathy skills. *Cancer Nursing, 15*(4), 283-292.
- Rotondi, A. J., Chellnri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R., & Belle, S. et al. (2002). Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine, 30*(4), 746-752.
- Samuelson, K. A. M., (2010). Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: A prospective evaluation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 39*, 1-8.
- Shi, S. F., Munjas, B. A., Wan, T. T., Cowling, W. R., Grap, M. J., & Wang, B. B. (2003). The effects of preparatory sensory information on ICU patients. *Journal of Medical Systems, 27*(2), 191-204.
- Shi, S. F., Wan, T. T., & Wang, B. B. (2000). The preparatory sensory information guidelines for reducing ICU syndrome[Abstract]. Retrieved April 8, 2011, from <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102272003.html>
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. C. (2000). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Stewart, M. L. (1977). Measurement of clinical pain. In A.K. Jacox (Ed). *Pain : A source book for nurses and other health professionals*. (pp. 107-135). Boston : Little, Brown and company.
- Stewart, S. L., Secrest, J. A., Norwood, B. R., & Zachary, R. (2003). A comparison of endotracheal tube cuff pressure using estimation techniques and direct intracuff measurement. *Am Assoc Nurse Anesthesiol Journal, 6*, 443-447.
- Swais, I. G., & Badran, I. (2004). Discomfort, awareness and recall in the intensive care-still a problem?. *Middle East Journal Anesthesiol, 17*(5), 951-958.
- Taylor, C., Lillis, C., & Lemone, P. (2001). *Fundamental of Nursing The Art & Science of Nursing Care*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23*(3), 145-159.

- Titler, M. G., & Rakel, B. A. (2001). Non pharmacologic treatment of pain. *Clinical Care Nursing Clinics of North America*, 13(2), 221-231.
- Van de Leur, J. P., Van Der Schans, C. P., Loef, B. G., Deelman, B. G., Geertzen, J. H. B., & Zwaveling, J. H. (2004). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care*, 8, 467-473.[available online <http://ccforum.com/content/8/6/R467>]
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing Care*, 14(4):501-509.
- Washington, G. T. (2001). Family advocates: Caring for families in crisis. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 20(1), 36-40.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดอิทธิพล

จากงานวิจัยที่ผ่านมา และใกล้เคียงที่สุด คืองานวิจัยของเกศินี (2548) ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ นำมาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

$$ES = \mu_1 - \mu_2 / \sigma$$

$$\sigma = \sqrt{SD_1^2 + SD_2^2 / 2}$$

μ_1	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
μ_2	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
σ	คือ	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$$\mu_1 (\text{การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม}) = 20.53$$

$$\mu_2 (\text{การพยาบาลปกติ}) = 29.53$$

$$SD_1 = 4.84$$

$$SD_2 = 5.10$$

$$ES = \frac{20.53 - 29.53}{\sqrt{4.84^2 + 5.10^2 / 2}}$$

$$= 1.8$$

คำนวณค่า effect size ได้ 1.80 ซึ่งเป็นค่าที่สูง (large effect size) ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาใดนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยวัดผลลัพธ์ความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้การศึกษานี้มีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงลดค่า effect size เท่ากับ 0.80 เพื่อเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ โพลิต และ เบค (Polit & Beck, 2008) โดยการกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 โดยขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย

ภาคผนวก ข
การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

Item-total Statistics

ข้อคำถาม	Scale Mean if	Scale Variance if	Corrected	Alpha if Item
	Item Deleted	Item Deleted	Item- Total	Deleted
	Correlation			
1	45.1500	81.1868	.3509	.8383
2	46.4500	77.1026	.6072	.8225
3	45.8500	79.5026	.5172	.8281
4	45.7500	86.3026	.1106	.8535
5	45.4500	83.2079	.2901	.8411
6	45.4500	82.7868	.2791	.8427
7	46.1500	78.3447	.6746	.8210
8	45.4500	81.2079	.4389	.8325
9	45.7500	74.4079	.6628	.8178
10	45.4500	83.8395	.4042	.8348
11	46.3500	76.3447	.5533	.8253
12	45.9500	74.3658	.6162	.8207
13	46.2000	80.5895	.5555	.8273
14	46.2500	77.3553	.5657	.8248
15	45.7500	79.6711	.4966	.8292

Reliability Coefficients

N of Cases = 20.0

N of Items = 15

Alpha = .8405

ภาคผนวก ค
ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โดยใช้สถิติที่และสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ตาราง ค1

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนความทุกข์ทรมานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

ความทุกข์ทรมาน	n	M	SD	One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test	Asymp. Sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	25	51.72	8.15	.670	.760
กลุ่มควบคุม	25	51.04	10.134	.325	1.000
หลังการทดลองครั้งที่ 1					
กลุ่มทดลอง	25	47.76	7.95	.454	.986
กลุ่มควบคุม	25	53.24	9.01	.507	.959
หลังการทดลองครั้งที่ 2					
กลุ่มทดลอง	25	42.28	8.39	.664	.769
กลุ่มควบคุม	25	55.36	9.15	.609	.852
หลังการทดลองครั้งที่ 3					
กลุ่มทดลอง	25	38.52	7.18	.970	.303
กลุ่มควบคุม	25	56.08	9.22	.523	.947

ตาราง ค1 ผลการแจกแจงของคะแนนความทุกข์ทรมานในกลุ่มทดลองจากตารางผลลัพธ์ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ค่า Asymp. Sig. (2-tailed) เท่ากับ .760, .986, .769 และ .303 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมค่า Asymp. Sig. (2-tailed) เท่ากับ 1.000, .959, .852 และ .947 ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดมีค่า Sig > .05 หมายความว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ตาราง ค2

การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความทุกข์ทรมานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ *Levene test*

ความทุกข์ทรมาน	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
ก่อนการทดลอง	.615	1	48	.437
หลังการทดลองครั้งที่ 1	.302	1	48	.585
หลังการทดลองครั้งที่ 2	.154	1	48	.696
หลังการทดลองครั้งที่ 3	2.427	1	48	.126

ตาราง ค2 ผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความทุกข์ทรมาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากตาราง Test of Homogeneity of Variance พบว่า ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองครั้งที่ 1, 2 และครั้งที่ 3 มีค่า Sig. เท่ากับ .437, .585, .696 และเท่ากับ .126 ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดมีค่า Sig > .05 หมายความว่า ความแปรปรวนของคะแนนความทุกข์ทรมานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ง1

ระดับความทุกข์ทรมานแจกแจงข้อมูลแบบรายข้อในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อความ	ความรู้สึกทุกข์ทรมาน							
	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3		วันที่ 4	
	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง
1. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานแม้ในขณะที่นอนพักจากการมีต่อช่วยหายใจอยู่ในปาก	4.08	4.08	4.24	3.80	4.40	3.64	4.28	3.36
2. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนท่าทางหรือพลิกตะแคงตัว	2.92	3.08	3.20	3.08	3.48	2.68	3.44	2.32
3. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการดึงรั้งของต่อช่วยหายใจ	3.52	3.32	3.32	3.36	3.68	2.68	3.76	2.56
4. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวไม่สะดวก	3.48	3.40	3.80	3.36	3.88	2.88	4.00	2.56
5. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการดูดเสมหะ	3.84	4.00	4.24	3.72	4.24	3.52	4.44	3.20
6. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการหายใจไม่ออก	3.68	3.32	3.68	3.24	3.84	3.04	4.00	2.92
7. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากความหิว และกระหายน้ำ	3.12	3.52	3.36	3.28	3.68	3.08	3.76	2.84
8. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจนอยากดึงต่อช่วยหายใจออก	3.92	3.72	3.84	3.20	4.12	2.96	4.36	2.88
9. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการนอนไม่หลับ	3.68	3.56	3.64	3.36	3.88	2.72	3.68	2.64
10. ท่านรู้สึกอึดอัดทุกข์ทรมานจากการสื่อสารลำบาก	3.56	4.00	3.92	3.28	3.92	3.00	3.92	2.60
11. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการกลัวความโดดเดี่ยว กลัวขาดกำลังใจจากครอบครัว	2.72	3.32	2.92	2.76	3.04	2.52	3.00	2.04
12. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วย	3.28	3.36	3.44	3.12	3.16	2.56	3.24	2.56
13. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากความไม่แน่นอนในอนาคต	2.96	3.20	3.28	2.88	3.12	2.44	3.44	2.16
14. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน	2.84	3.00	2.96	2.60	3.20	2.16	3.04	1.68
15. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น	3.44	2.84	3.40	2.72	3.72	2.40	3.72	2.20

มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ (1-5 คะแนน)

ตั้งแต่ไม่มีเลย (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จากการศึกษาโดยใช้คำถามปลายเปิดสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานในแต่ละวันของการทดลองรวม 4 วัน พบว่าในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองครั้งที่ 1, 2 และ 3 ในกลุ่มทดลอง สาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน 3 อันดับแรก โดยผู้ป่วยให้ข้อมูลตรงกันในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองครั้งที่ 1-3 ประกอบด้วย 1) อาการเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจทางปาก 2) กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษาและ 3) หิวน้ำ ส่วนครั้งที่ 4 สาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน 3 อันดับแรก ประกอบด้วย 1) อาการเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจทางปาก 2) กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษาและ 3) การไม่ได้กลับบ้าน ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า มีสาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน 3 อันดับแรกตรงกันกับกลุ่มทดลองต่างกันที่จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการรายงานความรู้สึกทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (ดังภาพ 3-4)

ตาราง ง2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกความรู้สึกทุกข์ทรมานในแต่ละวัน

ความรู้สึกทุกข์ทรมาน	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1)		
(n = 25)		
เจ็บคอ	15	60.00
ระดับความปวดมากที่สุด	7	46.67
ระดับความปวดมาก	6	40.00
ระดับความปวดเล็กน้อย	2	13.33
กังวลเกี่ยวกับอาการ	8	32.00
เมื่อไหร่จะเอาท่อช่วยหายใจออก	6	75.00
อาการหายใจเหนื่อย	2	25.00
หิวน้ำ	5	20.00
อยากกลับบ้าน	3	12.00
การสื่อสารลำบาก	3	12.00

ตาราง ง2 (ต่อ)

ความรู้สึกทุกขัทรมาณ	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	2	8.00
นอนไม่หลับ	2	8.00
กลัวการดูคเสมอ	2	8.00
เป็นห่วงลูก	1	4.00
เจ้าหน้าที่ทำอะไรไม่บอก	1	4.00
เกรงใจคนที่มาดูแล	1	4.00
คำรักษา	1	4.00
ครั้งที่ 1 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 24)	(หลังการทดลอง)	
เจ็บคอ	11	45.83
ระดับความปวดมากที่สุด	5	45.45
ระดับความปวดมาก	3	27.27
ระดับความปวดเล็กน้อย	3	27.27
กังวลเกี่ยวกับอาการ	10	41.67
เมื่อไหร่จะเอาท่อช่วยหายใจออก	8	80.00
หายใจเหนื่อย	2	20.00
หิวน้ำ	7	29.16
เกรงใจคนที่มาดูแล	2	8.33
นอนไม่หลับ	1	4.16
กลับบ้าน	1	4.16
กลัวถูกผ่าตัด	1	4.16
ปวดเมื่อยลำตัว	1	4.16
ถูกผูกมัด	1	4.16
ครั้งที่ 2 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 15)	(หลังการทดลอง)	
เจ็บคอ	7	46.66
ระดับความปวดมากที่สุด	5	71.43
ระดับความปวดมาก	1	14.28

ตาราง ง2 (ต่อ)

ความรู้สึกทุกข์ทรมาน	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความปวดปานกลาง	1	14.28
กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษา	6	40.00
เมื่อไหร่จะเอาท่อช่วยหายใจออก	5	83.33
เสมหะมาก	1	16.66
หิวน้ำ	2	13.33
กลับบ้าน	2	13.33
นอนไม่หลับ	1	6.67
เกรงใจคนที่มาดูแล	1	6.67
เป็นห่วงลูก	1	6.67
ปวดท้อง	1	6.67
ครั้งที่ 3 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 17)	(หลังการทดลอง)	
กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษา	8	53.33
เมื่อไหร่จะเอาท่อช่วยหายใจออก	7	87.50
เกี่ยวกับอาการหายใจเหนื่อย	1	12.50
กลับบ้าน	5	29.41
เจ็บคอ	2	11.76
ระดับความปวดมากที่สุด	1	50.00
ระดับความปวดเล็กน้อย	1	50.00
นอนไม่หลับ	1	5.88
เป็นห่วงลูก	1	5.88
กลัวเดินไม่ได้	1	5.88
ถูกผูกมัด	1	5.88

ตาราง ง3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมจำแนกความรู้สึกทุกขั้วอารมณ์ในแต่ละวัน

ความรู้สึกทุกขั้วอารมณ์	กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1)		
(n = 25)		
เจ็บคอ	16	64.00
ระดับความปวดมากที่สุด	10	62.50
ระดับความปวดมาก	3	18.75
ระดับความปวดปานกลาง	2	12.50
ระดับความปวดเล็กน้อย	1	6.25
กังวลเกี่ยวกับอาการ	6	24.00
เมื่อไหร่จะเอาท่อช่วยหายใจออก	4	66.66
อาการหายใจเหนื่อย	1	16.67
อาการแน่นหน้าอก	1	16.67
หิวน้ำ	2	8.00
อยากกลับบ้าน	2	8.00
เกรงใจคนที่มาดูแล	1	4.00
กลัวการดูดเสมหะ	1	4.00
การถูกผูกมัด	1	4.00
อาการหายใจเหนื่อย	1	4.00
คำรักษา	1	4.00
กลัวตาย	1	4.00
ครั้งที่ 1 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 25) (หลังการทดลอง)		
เจ็บคอ	14	56.00
ระดับความปวดมากที่สุด	6	42.86
ระดับความปวดมาก	5	35.71
ระดับความปวดปานกลาง	3	21.43

ตาราง ง3 (ต่อ)

ความรู้สึกทุกข์ทรมาน	กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ
กังวลเกี่ยวกับอาการและการเข้าเยี่ยม	5	20.00
เมื่อไหร่จะเอาท่อช่วยหายใจออก	3	60.00
แน่นหน้าอก	1	20.00
กังวลเกี่ยวกับการเข้าเยี่ยม	1	20.00
กลับบ้าน	4	16.00
หิวน้ำ	3	12.00
นอนไม่หลับ	2	8.00
เป็นห่วงมารดาที่บ้าน	1	4.00
อากาศร้อน	1	4.00
คำรักษา	1	4.00
กังวลเกี่ยวกับการเข้าเยี่ยม	1	4.00
ครั้งที่ 2 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 19) (หลังการทดลอง)		
เจ็บคอ	10	52.63
ระดับความปวดมากที่สุด	5	50.00
ระดับความปวดมาก	4	40.00
ระดับความปวดเล็กน้อย	1	10.00
กังวลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษา	7	36.84
เมื่อไหร่จะเอาท่อช่วยหายใจออก	5	71.44
หายใจไม่ออก	1	14.28
หายใจเหนื่อย	1	14.28
หิวน้ำ	4	21.05
กลัวการดูดเสมหะ	1	5.26
เครื่องช่วยหายใจร้อง	1	5.26
ครั้งที่ 3 (ผู้ป่วย 1 รายอาจพบได้มากกว่า 1) (n = 21) (หลังการทดลอง)		
เจ็บคอ	11	52.38
ระดับความปวดมากที่สุด	3	27.27

ตาราง ง3 (ต่อ)

ความรู้สึกทุกข์ทรมาน	กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความปวดมาก	6	54.54
ระดับความปวดปานกลาง	2	18.18
กังวลเกี่ยวกับอาการ	8	38.09
เมื่อไหร่จะเอาท่อช่วยหายใจออก	5	62.50
หายใจเหนื่อย	2	25.00
แน่นหน้าอก	1	12.50
กลับบ้าน	5	23.80
เกรงใจคนเฝ้าและพยาบาล	1	4.76

ตาราง ง4

การสนับสนุนของครอบครัวขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากจำนวน 25 รายในระยะเวลา 3 วัน

การสนับสนุนของครอบครัวขณะเข้าเยี่ยม	การปฏิบัติ
1. เข้าเยี่ยมและไต่ถามอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	ทุกครั้ง
2. แสดงความรักและความห่วงใย (โอบกอด จับมือ)	ทุกครั้ง
3. ถามความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	ทุกครั้ง
4. ช่วยดูแลความสุขสบายทั่วไปของผู้ป่วย	ทุกครั้ง
5. ช่วยเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยในการรายงานอาการปวดทุกข์ทรมานให้พยาบาลทราบ	ทุกครั้ง
6. ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ได้แก่ เปิดเพลงให้ฟัง ดูทีวี ช่วยบิบนวด อ่านหนังสือหรืออ่านบทสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง	ทุกครั้ง
7. ช่วยสัมผัสขณะผู้ป่วยได้รับการดูแล	ปฏิบัติเมื่อมีเหตุการณ์
8. พุดลอบใจ ชมเชย ให้กำลังใจ	ทุกครั้ง
9. นำสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจมาให้ผู้ป่วย	บ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
10. สนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา	บ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง

จากตาราง ง4 แสดงการสนับสนุนของครอบครัวขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่คาดหวังช่วยหายใจทางปากจำนวน 25 รายของกลุ่มทดลองในระยะเวลา 3 วัน รวมกิจกรรมละ 5 ครั้ง/ราย โดยการสังเกตและการกระตุ้นของผู้วิจัย พบว่า ส่วนใหญ่กิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมทุกครั้ง ประกอบด้วย การเข้าเยี่ยมและไต่ถามอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การแสดงความรักและความห่วงใย (โอบกอด จับมือ) การถามความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การช่วยดูแลความสุขสบายทั่วไปของผู้ป่วย การช่วยเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยในการรายงานอาการปวด ทุกข์ทรมานให้พยาบาลทราบ การช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ได้แก่ เปิดเพลงให้ฟัง ดูทีวี ช่วยบีบนวด อ่านหนังสือหรืออ่านบทสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง และการพูดคุยปลอบใจ ชมเชย ให้กำลังใจ รองลงมาปฏิบัติเมื่อมีเหตุการณ์ ได้แก่ ช่วยสัมผัสขณะผู้ป่วยได้รับการดูแลและปฏิบัติบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง ได้แก่ นำสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจมาให้ผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา

ภาคผนวก จ

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มควบคุม)

สวัสดิ์ค่ะ ดิฉัน นางสาวอรุณี ศรีนวล นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้ดิฉันกำลังศึกษาเรื่อง ผลการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก เพื่อนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับท่าน

ดิฉันคิดว่าท่านเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากการได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจทางปาก รวม 4 ครั้งติดต่อกัน ในช่วงเวลา 07.00 น. – 09.00 น. โดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 15 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดให้ท่านทราบก่อน การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตอบรับโดยการลงนามในใบยินยอมหรือยินยอมด้วยวาจา และปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยจะไม่มีผลใดๆ ต่อท่าน ท่านมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และท่านยังคงได้รับการบริการทางการแพทย์ตามปกติไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยประการใดระหว่างการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ขอขอบคุณที่ท่านเสียสละเวลาตอบแบบสอบถาม และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

นางสาวอรุณี ศรีนวล

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจน และเต็มใจที่จะเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

...../...../.....

(วัน/เดือน/ปี)

แบบฟอร์มพหุทัศนะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มทดลอง)

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉัน นางสาวอรุณี ศรีนวล นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้ดิฉันกำลังศึกษาเรื่อง ผลการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก เพื่อนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับท่าน

ดิฉันคิดว่าท่านเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากการได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจทางปากรวม 4 ครั้งติดต่อกัน ในช่วงเวลา 07.00 น. - 09.00 น. โดยใช้เวลารั้งละประมาณ 15 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดให้ท่านทราบก่อนทำแบบสอบถาม และท่านจะได้รับการดูแลโดยการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวขณะเข้าเยี่ยมเป็นเวลา 3 วัน วันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้า เวลา 07.00 น. - 09.00 น. และช่วงบ่าย เวลา 12.00 น. - 14.00 น. โดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง เพื่อนำข้อมูลที่ได้อไปวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตอบรับโดยการลงนามในใบยินยอมหรือยินยอมด้วยวาจา และปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยจะไม่มีผลใดๆ ต่อท่าน ท่านมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และท่านยังคงได้รับการบริการทางการพยาบาลตามปกติไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตาม หากท่านมีข้อสงสัยประการใดระหว่างการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ขอขอบคุณที่ท่านเสียสละเวลาตอบแบบสอบถาม และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

นางสาวอรุณี ศรีนวล

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจน และเต็มใจที่จะเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

...../...../.....

(วัน/เดือน/ปี)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

...../...../.....

(วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก จ
ตำนานเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลสงขลา

พิจารณาโครงการวิจัย

โครงการวิจัย : ผลการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก

The Effect of Information and Family Support on Suffering in Patients with Oral Endotracheal Tube

ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวอรุณี ศรีนวล
นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสงขลา อนุมัติโครงการวิจัยนี้ ในเชิงการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และมีมติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ โดยมีกำหนดระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูล


 (.....)
 นพ.ไพฑูรย์ พัฒนานิจนรินทร์
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

รับรองวันที่ 24 มิ.ย. 2555

ลํานาเอกสารรับรองการขออนุญาตใช้เครื่องมือ

คณะพยาบาลศาสตร์
เลขรับ ๒๐๑๖
วันที่ ๕.๓.๑๖
เวลา ๑๖.๐๐ น.



ที่ ศธ ๐๕๑๔.๑๐/๒๕๕๒

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๒

๓ ตุลาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

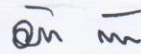
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๖๐๘ ลงวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๕๕

ตามหนังสือที่อ้างถึงซึ่งนางสาวอรุณี ศรีนวล นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากวิทยานิพนธ์ของนางสาวเกศินี สมศรี มหาบัณฑิตหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ความแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีให้นางสาวอรุณี ศรีนวล
ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ แต่ทั้งนี้ ต้องมีการอ้างอิงที่มาของเครื่องมืออย่างถูกต้อง
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



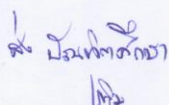
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัยวุฒิ คัตตะวะศาสตร์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ (๐๔๓) ๒๐๒๔๒๐ ต่อ ๓๒

โทรสาร (๐๔๓) ๒๐๒๔๒๑



อำนาจเอกสารรับรองการขออนุญาตเก็บข้อมูล



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑๐๕/๑๓๙๖

เลขรับที่	๖๐๑๒
รับวันที่	๒๒ พค ๕๖
เวลา	๙.๑๕

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตู้ ปณ. ๙ คองหงส์ อ.หาดใหญ่
จ. สงขลา ๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์จำนวน ๑ ชุด

เลขที่รับ	๑๙๐๓
วันที่รับ	๒๒ พค ๕๖
ผู้รับ	วิไลลักษณ์ ๑๑.๐๐

ด้วย นางสาวอรุณี ศรีนิล รหัสนักศึกษา ๕๓๑๐๔๒๐๐๒๙ นักศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลการให้ข้อมูลร่วมกับ
การสนับสนุนของครอบครัวต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินทิศ
ฐานิวัฒน์านนท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อ
จัดทำวิทยานิพนธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้
นางสาวอรุณี ศรีนิล เก็บข้อมูล ณ แผนกห้องผู้ป่วยหนัก ตึกอายุรกรรม และตึกอายุรกรรมหญิง
กับผู้ป่วยที่รู้สึกตัว ได้รับการรักษาโดยคาทอช่วยหายใจทางปาก จำนวน ๕๐ ราย ระหว่างวันที่
๒๑ พฤษภาคม - ๖ ธันวาคม ๒๕๕๕ เพื่อนำไปประกอบการศึกษาค้นคว้าในการทำวิจัยเพื่อ
วิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

เพื่อโปรดทราบ

- ๑ ชุดเอกสารขอ
- ๑ ชุดเอกสารขอ

ผู้จัดทำ

๒๒ พค ๕๖

อรุณี

๒๒ พค ๕๖

สำนักงานเลขานุการ

โทร. (๐๗๔) ๒๘๖๕๖๑

โทรสาร. (๐๗๔) ๒๘๖๔๒๑

สำเนาเรียน ๑. แผนกห้องผู้ป่วยหนัก

๒. ตึกอายุรกรรมชาย

๓. ตึกอายุรกรรมหญิง

เรียน ผ.น.นพ. รศ. ๑๙๑ ๑๙๒ ๑๙๓

ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย

๒๒ พค ๕๕

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทักษิณ นะแสง)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ดร. พ.น. นพ. ๑๙๑

๒๒ พค ๕๖

(นายชาติชาย มิตรกุล)

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

และสถาบันสุขภาพบริการสุขภาพ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

๒๒ พ.ค. ๒๕๕๕

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากการคาท่อช่วยหายใจ

กลุ่ม [] ทดลอง [] ควบคุม เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ก. ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ [] 1. หญิง [] 2. ชาย

2. อายุ.....ปี.....เดือน

3. สถานภาพสมรส [] 1. โสด [] 2. คู่ [] 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ศาสนา

[] 1. พุทธ

[] 2. คริสต์

[] 3. อิสลาม

[] 4. อื่นๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษา

[] 1. ไม่เคยได้รับการศึกษา

[] 2. ประถมศึกษา

[] 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

[] 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

[] 5.ปริญญาตรี

[] 6. อื่นๆ ระบุ.....

6. อาชีพ

[] 1. ไม่ประกอบอาชีพ

[] 2. ข้าราชการ

[] 3. รับจ้าง

[] 4. เกษตรกร

[] 5. ประมง

[] 6. ธุรกิจส่วนตัว

[] 7. อื่นๆ.....

5. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

[] 1. เพียงพอและมีเงินเก็บ

[] 2. เพียงพอ แต่ไม่มีเงินเก็บ

[] 3. ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน

[] 4. ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน

7. สิทธิการรักษาพยาบาล.....

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

คำชี้แจง ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย \surd ลงใน [] หน้าข้อความที่เป็นจริงซึ่งได้จากเพิ่มข้อมูล และหรือสอบถามจากผู้ป่วย

1. วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่...../...../.....
2. สาเหตุของการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
 - 3.1.....
 - 3.2.....
 - 3.3.....
3. วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.....ขนาดของท่อช่วยหายใจ.....
ความลึกของท่อช่วยหายใจ.....
4. ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.....วัน
5. ประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ [] 1. ไม่มี [] 2. มี (ระบุ).....ครั้ง
6. การได้รับยาที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ครั้งนี้

ได้แก่ ยานอนหลับ

ยากลายกล้ามเนื้อ

ยากลายเครือขด

และยาแก้ปวด.....

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว

คำชี้แจง ผู้วิจัยเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความที่เป็นจริง ซึ่งได้จากการสอบถามบุคคลที่เป็นหลักในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย

1. เพศ [] 1. หญิง [] 2. ชาย
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส
[] 1. โสด [] 2. คู่ [] 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ศาสนา
[] 1. พุทธ [] 2. คริสต์
[] 3. อิสลาม [] 4. อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
[] 1. ไม่เคยได้รับการศึกษา [] 2. ประถมศึกษา [] 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
[] 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย [] 5.ปริญญาตรี [] 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ
[] 1. ไม่ประกอบอาชีพ [] 2. ข้าราชการ [] 3. รับจ้าง [] 4. เกษตรกร
[] 5. ประมง [] 6. ธุรกิจส่วนตัว [] 7. อื่นๆ.....
7. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
[] 1. เพียงพอและมีเงินเก็บ [] 2. เพียงพอ แต่ไม่มีเงินเก็บ
[] 3. ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน [] 4. ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน
8. สัมพันธภาพกับผู้ป่วย
[] 1. บิดา-มารดา [] 2. คู่สมรส [] 3. ญาติ-พี่น้อง
[] 4. บุตร [] 5. อื่นๆ.....
9. ประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจ
[] 1. มี เช่น..... [] 2. ไม่มี
10. กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ท่านทำขณะอยู่โรงพยาบาลมีอะไรบ้าง
11. ท่านต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร

ครั้งที่ [] หนึ่ง [] สอง [] สาม [] สี่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความทุกข์ทรมาน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นกับท่านภายหลังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก กรุณาตอบคำถามโดยชี้หมายเลขในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านให้ตรงกับความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด

ข้อความ	ความรู้สึกทุกข์ทรมาน				
	ไม่มีเลย (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานแม้ในขณะที่นอนพักจากการมีท่อช่วยหายใจอยู่ในปาก					
2. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนท่าทางหรือพลิกตะแคงตัว					
3. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการดึงรั้งของท่อช่วยหายใจ					
4. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวน้ำไม่สะดวก					
5. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการดูดเสมหะ					
6. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการหายใจไม่ออก					
7. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากความหิว และกระหายน้ำ					
8. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจนอยากดึงท่อช่วยหายใจออก					
9. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการนอนไม่หลับ					
10. ท่านรู้สึกอึดอัดทุกข์ทรมานจากการสื่อสารลำบาก					
11. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการกลัวความโดดเดี่ยว ขาดกำลังใจจากครอบครัว					
12. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย					
13. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากความไม่แน่นอนในอนาคต					
14. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน					
15. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น					

ในวันนี้มีสิ่งใดบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมาน.....

.....

.....

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยดังนี้

1. แผนการพยาบาลเรื่อง การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความรู้สึกรอคอยทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก
2. คู่มือ เรื่องการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก

คู่มือเรื่อง

การสนับสนุนของครอบครัว
เพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก



จัดทำโดย

น.ส.อรุณี ศรีนวล

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ฅ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่องวัฒนา
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรังสี
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. นางจุฬารรณ สุระกุล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ด้านการพยาบาล
ผู้ป่วยอายุรกรรม - ศัลยกรรม ปัจจุบันปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลา และมี
ประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก 21 ปี
5. นางภัทรพร วงศ์กระพันธ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ด้านการพยาบาล
ผู้ป่วยอายุรกรรม - ศัลยกรรม ปัจจุบันเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสงขลา
และมีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก 17 ปี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวอรุณี ศรีนวล		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5310420029		
วุฒิการศึกษา			
	วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2542
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน			
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ห้องผู้ป่วยหนัก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา	